

Jung, Sarah

**AD(H)S im Erwachsenenalter –  
individuelle Verhaltens- und Handlungsmuster  
im Kontext  
soziologischer Erklärungsansätze**

eingereicht als

**BACHELORARBEIT**

an der

**HOCHSCHULE MITTWEIDA**

---

**UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES**

Fakultät Soziale Arbeit

Roßwein, 2011

Erstprüfer: Frau Prof. Dr. Wedler

Zweitprüfer: Herr Prof. Dr. Faust

Bibliographische Beschreibung:

Jung, Sarah:

AD(H)S im Erwachsenenalter – individuelle Verhaltens- und Handlungsmuster im Kontext soziologischer Erklärungsansätze. 73 S.

Roßwein, Hochschule Mittweida/Roßwein (FH), Fakultät Soziale Arbeit,  
Bachelorarbeit, 2011

Referat:

Die Bachelorarbeit befasst sich mit der Aufmerksamkeits-Defizit-Hyperaktivitäts-Störung (AD(H)S) und betrachtet diese unter dem Gesichtspunkt des gesellschaftlichen Einflusses. Zum einen wird das Krankheitsbild erklärt und zum anderen die Wirkung der Krankheit auf die Gesellschaft.

Der Schwerpunkt der Arbeit liegt auf der Zusammenführung soziologischer Theorien und biologischem, krankheitsbezogenem Wissen. Die Arbeit verfolgt das Ziel, für die krankheitsbedingten individuellen Verhaltenmuster Betroffener ein Verständnis zu entwickeln und anhand der vorhandenen Problematik nach Möglichkeiten zur Abhilfe zu suchen.

Mittels intensiver Literaturrecherche werden verschiedene Ansichten miteinander verbunden. Dabei wird kein Anspruch auf Vollständigkeit gestellt. Es stellt lediglich den Versuch der ganzheitlichen Betrachtung einer sozialen Problematik dar.

# Inhaltsverzeichnis

<b><u>ABBILDUNGSVERZEICHNIS</u></b>	<b><u>4</u></b>
<b><u>EINLEITUNG</u></b>	<b><u>5</u></b>
<b><u>1 AD(H)S – DIE KRANKHEIT IN IHRER ERSCHEINUNG</u></b>	<b><u>7</u></b>
1.1 Geschichte der Diagnosefindung	7
1.2 Begriff und Klassifikation der Krankheit	9
1.3 Schwierigkeit der Diagnostik	11
1.4 Symptomatik der Krankheit oder Erscheinungsbild	14
1.5 Positive Eigenschaften der AD(H)S - Stärken	21
1.6 Neurobiologische Ursachenforschung	22
1.7 Das „Defizitäre“ der AD(H)S	23
<b><u>2 DIE KRANKHEIT IN DER GESELLSCHAFT</u></b>	<b><u>26</u></b>
2.1 Ein Stück Kulturgeschichte	26
2.2 Welche Erklärungsansätze liefert die Soziologie?	28
2.3 Ein Vertreter der klassischen Soziologie – Georg Simmel	30
2.4 Ein Vertreter der modernen Soziologie – Ulrich Beck	31
2.5 Ein Vertreter der amerikanischen Soziologie - Talcott Parsons	33
2.6 Wechselwirkung zwischen Gesellschaft und AD(H)S – eine Zusammenfassung	35
2.7 Amerikanisierte Gesellschaften und die PSEUDO-ADD	36
<b><u>3 BEWÄLTIGUNG – INDIVIDUELLES HANDELN UND VERHALTEN</u></b>	<b><u>39</u></b>
3.1 Bewältigung und Kompensation	39
3.2 Ein Konzept des Herangehens - Salutogenese	44
<b><u>4 HILFESTELLUNG UND BEHANDLUNG</u></b>	<b><u>47</u></b>
4.1 Therapie	47
4.2 Verständnis & Aufklärung	50
4.3 Multimodal Behandlung	52
<b><u>SCHLUSS</u></b>	<b><u>59</u></b>

<b><u>ANLAGEN</u></b>	<b><u>60</u></b>
Klassifikation der AD(H)S nach ICD-10	60
Klassifikation der AD(H)S nach DSM IV	62
Diagnosekriterien für Erwachsene nach Krause und Krause	64
Utah-Kriterien nach Paul Wender	65
Diagnosekriterien nach Hallowell und Ratey	65
<b><u>LITERATURVERZEICHNIS</u></b>	<b><u>68</u></b>
<b><u>ERKLÄRUNG ZUR SELBSTÄNDIGEN ANFERTIGUNG</u></b>	<b><u>73</u></b>

## **Abbildungsverzeichnis**

Abbildung 1: Struwwelpeter, Zappelphilipp und Hanns Guck-in-die-Luft	8
Abbildung 2: Bezeichnungen für die ADHS in DSM-IV und ICD-10	11
Abbildung 3: Das Diagnose-Puzzle	12
Abbildung 4: Das Eisberg-Phänomen	14
Abbildung 5: Symptome der AD(H)S im Alltag	19
Abbildung 6: Die Schwäche, Reize zu filtern	25
Abbildung 7: Einfluss der Gesellschaft auf die AD(H)S	35
Abbildung 8: Das Stressmodell nach Lazarus	41
Abbildung 9: Das Modell der Salutogenese in Anlehnung an Antonovsky	45
Abbildung 10: Algorithmus zur multimodalen Therapie	50

## Einleitung

Die Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitäts-Störung, kurz ADHS, ist eine Krankheit, die laut bestehenden Klassifizierungssystemen zwar durchaus anerkannt ist, an der sich jedoch, sprichwörtlich formuliert, die gesellschaftlichen Geister scheiden.

Für die einen ist ADHS die Krankheit, die allenfalls im Kindesalter vorkommt und mehr oder minder auf die Unzulänglichkeiten der elterlichen Erziehung verweist. Für andere wiederum ist ADHS ein gesellschaftliches Phänomen, welches sich keinesfalls auf organische Defizite zurückführen lässt, sondern lediglich die Folge nicht bewältigter Anpassungsleistungen an gesellschaftliche Vorgaben darstellt.

Gesellschaftlich als Krankheit anerkannt, ist ADHS kaum. Auch besteht, so hinterlassen diese beiden Meinungen den Eindruck, kein Interesse daran, Betroffene in ihrem Verhalten zu akzeptieren beziehungsweise die Hintergründe zu verstehen. Hinzu kommt das Unverständnis, Erwachsene könnten auch darunter leiden. Kam es doch bisher ausschließlich unter Kindern zu jener Störung.

Als Diagnose im Erwachsenenalter fand die ADHS in Deutschland Anerkennung im Jahre 2003. Gestellt werden konnte sie bereits 1998. Dazwischen lagen 5 Jahre der Unsicherheit darüber, wie mit einer solchen Erkrankung, die über das Kindesalter hinaus fortbesteht, umgegangen werden sollte. Der Leidensdruck Betroffener vergrößerte sich enorm aufgrund der Tatsache, dass sie sich und ihre Krankheit rechtfertigen müssen. Mit einem Stigma versehen unterliegen sie den gesellschaftlichen Erwartungen, ihr eigenes Leben selbständig zu meistern und sich nicht hinter einer „Kinderkrankheit“ zu verstecken.

An dieser Situation hat sich bis heute kaum etwas verändert. Die Debatte, inwieweit ADHS als „Zivilisationskrankheit“ angesehen werden kann, läuft weiter. ADHS ist nunmehr häufig als „Modediagnose“ verschrien, die voreilig gestellt wird beziehungsweise als Erklärung des eigenen Versagens herhalten soll.

Dass ADHS eine Krankheit der Gesellschaft ist, so einige Meinungen, dem ist bedingt zuzustimmen. Die gesellschaftlichen Bedingungen üben zweifelsohne einen bedeutsamen Einfluss auf die Ausprägung der Störung aus. Insofern können die Veränderungen des gesellschaftlichen Lebens in den letzten Jahrzehnten durchaus als

eine Ursache des Leidensdruckes der ADHS heutzutage benannt werden. Inwiefern dies geschieht und welche Faktoren diesen Einfluss ausüben, ist Thema dieser Arbeit.

Um einen umfassenden Eindruck der ADHS zu erhalten, werden im ersten Kapitel alle krankheitsbezogenen Sachverhalte beschrieben. Der Leser soll ein Verständnis von der Störung erhalten, das Symptomenspektrum kennenlernen und verstehen, mit welchen Herausforderungen ADHS Betroffene tagtäglich zu kämpfen haben. Darüber hinaus werden die Einordnung in die Klassifizierungssysteme, das Diagnoseverfahren sowie mögliche neurobiologische Ursachen erläutert.

Wie sich die Krankheit im sozialen Kontext äußert, ist das Thema des zweiten Kapitels. Mittels soziologischer Erklärungsansätze wird versucht darzustellen, welche gesellschaftlichen Bedingungen auf die Ausprägung der ADHS Symptome einwirken und welche Folgen dies für die Wechselwirkung zwischen Individuum und sozialem Umfeld hat. In diesem Zusammenhang und zum besseren Verständnis der soziologischen Theorien wird außerdem die Kulturgeschichte beleuchtet.

Der Schwerpunkt des dritten Kapitels ist das Kompensations- und Bewältigungsverhalten Betroffener. Es soll verdeutlichen, dass Menschen mit ADHS trotz der vielfältigen Schwierigkeiten in der Gesellschaft, Kräfte und Kompetenzen entwickeln, mit sich und ihrer Situation klar zu kommen ohne an Handlungsfähigkeit zu verlieren. Hierzu wird die Salutogenese als Beispiel der Herangehensweise angeführt.

Im vierten Kapitel werden letztlich die Möglichkeiten zur Behandlung der ADHS thematisiert. Dabei kommt dem multimodalen Modell der Behandlung die größte Bedeutung zu. Im Sinne einer ganzheitlichen Betrachtung des Menschen werden sowohl medizinische, psychologische als auch soziale Möglichkeiten der Behandlung angeführt und erläutert.

Ziel dieser Arbeit ist es, die Krankheit, ihre Erscheinung und ihre Folgen anhand des neuesten Wissensstandes zu erklären, auf den soziologischen Kontext und damit die gesellschaftliche Verantwortung hinzuweisen sowie die Notwendigkeit einer ganzheitlichen Behandlung bewusst zu machen. Aufklärung ist in diesem Zusammenhang ebenso wichtig wie Intervention. Denn nur dann, wenn wir exakt um

die Probleme des Betroffenen wissen und zweifelsfrei verstehen, welchen Einfluss sein Umfeld auf ihn hat, können wir die nötige Intervention initiieren und sowohl dem Betroffenen als auch, in der logischen Folge, seinem Umfeld helfen.

Erwähnt werden soll zuletzt die Verwendung der Abkürzung AD(H)S statt ADHS. Da mittlerweile bekannt ist, dass nicht jede Aufmerksamkeitsdefizit-Störung mit Hyperaktivität einhergeht, sich jedoch jeder Betroffene (ob mit „H“ oder ohne) mit dieser Arbeit identifizieren soll, wird das H für Hyperaktivität in Klammern gesetzt.

## **1 AD(H)S – die Krankheit in ihrer Erscheinung**

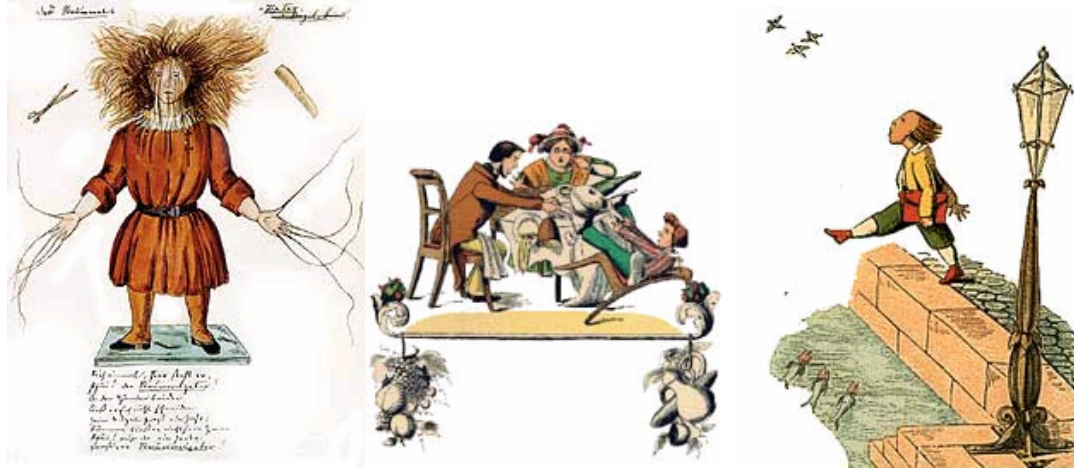
### **1.1 Geschichte der Diagnosefindung**

Erstmalig finden AD(H)S typische Verhaltensauffälligkeiten Erwähnung in der Literatur im Werk „Struwwelpeter“, welches 1844 von dem Arzt Dr. Heinrich Hoffmann (1809 – 1894) für seinen Sohn als Weihnachtsgeschenk gezeichnet und mit Reimen versehen wurde. Aufgrund seines Werkes und der heutigen Verbindung zum Krankheitsbild der AD(H)S wird die Bezeichnung des Zappelphilipp-Syndroms (im Amerikanischen „Fidgety Phil“) umgangssprachlich verwendet.

Nach der Urfassung von 1845 kamen stetig Geschichten dazu und so wurde 1859 letztlich die noch heute verwendete Druckfassung von Dr. Hoffmann entworfen. In dem Werk handelt es sich um Geschichten von auffällig unartigen Kindern, so zum Beispiel die Geschichte des Daumenlutschers, des Hanns Guck-in-die-Luft, des Suppenkaspars und natürlich des Struwwelpeters sowie des Zappelphilipps. (vgl. Seidler 2004)



**Abbildung 1: Struwwelpeter, Zappelphilipp und Hanns Guck-in-die-Luft**



Quelle: Lukasch 2008

Zur selben Zeit begannen verschiedene Mediziner und Psychiater sich mit den psychischen Gegebenheiten des Kindseins zu beschäftigen und die Unruhe der im Struwwelpeter beschriebenen Kinder als pathologisch anzusehen. Nach den unterschiedlichen Versuchen der Benennung und Ergründung dieses Phänomens, auf die in dieser Arbeit nicht näher eingegangen werden kann, war es der Berliner Pädiater Adalbert Czerny (1836 – 1941), der 1908 in seinen Vorlesung von der zur Neuropathie gehörigen Schwererziehbarkeit der Kinder sprach. In der Psychiatrie wurden zur selben Zeit die unruhigen Kinder der Psychopathie zugeordnet. (vgl. Seidler 2004) Auffällig war die Meinung fast aller Mediziner und Psychiater, die sich mit den Kindern befassten, die Symptome seien vordergründig auf das Erziehungsverhalten der Eltern zurückzuführen, so dass es scheinbar die Aufgabe des Arztes sein musste, pädagogisch zu wirken.

1937 beschrieb Charles Bradley (1902 – 1979) im American Journal of Psychiatry die Entdeckung der positiven Wirkung des Stimulanz Benzedrine auf das Verhalten unruhiger und unaufmerksamer Kinder. Diese Entdeckung war der Anstoß für die Vermarktung des Stimulanz Methylphenidat unter dem Namen Ritalin zu Beginn der 60er Jahre. Seit dieser Zeit wuchs das Interesse an der Krankheit zunehmend.

Es gab seither verschiedene Bezeichnungen für das auffällige kindliche Verhalten, so beispielsweise minimale zerebrale Dysfunktion und hyperkinetisches Syndrom. Bei der Diagnose handelte es sich hauptsächlich um die Pathologie der Hyperaktivität. Erst mit der Aufnahme in die Klassifizierungssysteme ICD-9 der World Health Organisation 1978 und DSM-III der American Psychiatric Association 1980 wurde „die ADHS als

eigenständiges Krankheitsbild abgegrenzt“ (Krause/Krause 2009: 3) und „die Diagnosekriterien um Probleme bei der Aufmerksamkeit erweitert.“ (Seidler 2004) Die Krankheit war nun diagnostizierbar.

In Amerika beschäftigte man sich daraufhin auch weiterführend mit der Möglichkeit des Krankheitsvorkommens auch bis ins Erwachsenenalter hinein, während AD(H)S in Deutschland bis Ende der 90er Jahre als Erkrankung ausschließlich von Kindern und Jugendlichen anerkannt war. Erst als das Werk der Amerikaner Edward M. Hallowell und John Ratey „Driven to Distraction“ ins Deutsche übersetzt wurde („Zwanghaft zerstreut“), gelang es das Krankheitsbild im Erwachsenenalter in Deutschland einer breiten Öffentlichkeit kenntlich zu machen. Von da an befassten sich auch zunehmend in Deutschland Fachkreise mit dem Thema AD(H)S im Erwachsenenalter. (vgl. Krause/Krause 2009: 1f.)

Die wohl bekanntesten Vorreiter auf dem Gebiet der Diagnostik von AD(H)S im Erwachsenenalter in Deutschland sind vor allem Johanna und Klaus-Henning Krause, Elisabeth Aust-Claus und Dieter Claus sowie Cordula Neuhaus und Walter Beerwerth. Auf die Publikationen dieser Personen stützt sich der Inhalt dieser Arbeit. Im Vergleich dazu und um die amerikanische Meinung zum Thema hervorzubringen, wird der Klassiker von Hallowell und Ratey herangezogen.

## **1.2 Begriff und Klassifikation der Krankheit**

Die Krankheit AD(H)S hat im Laufe der Zeit, wie oben schon erwähnt, mehrere Bezeichnungen erhalten. Gemeinhin wird sie heute als Aufmerksamkeitsdefizit- und Hyperaktivitäts-Störung bezeichnet. Aus diesem gebräuchlichen Begriff von AD(H)S ergeben sich zweierlei Probleme. Einerseits bezeichnet das Wort „Defizit“ eine Aufmerksamkeitsschwäche, die nicht unweigerlich vorhanden ist. Vielmehr besteht bei AD(H)S hinsichtlich der Aufmerksamkeit eine Inkonsistenz, welche die typischen Symptome hervorruft. Die zweite Problematik ergibt sich aus dem Zusatz der Hyperaktivitätsstörung. Nicht jeder Betroffene von ADS hat mit einer Hyperaktivitätsstörung zu kämpfen. Ganz im Gegenteil verhalten sich manche ADS

Betroffene auch sehr still und sind in Tagträume eingebunden. (vgl. Hallowell/Ratey 2010: 11)

Laut Klassifizierung der Psychischen und Verhaltenstörungen der International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems (ICD-10) der Weltgesundheitsorganisation (WHO) lassen sich drei Diagnosen stellen: die Einfache Aktivitäts- und Aufmerksamkeitsstörung (F 90.0), die Hyperkinetische Störung des Sozialverhaltens (F 90.1) sowie die Aufmerksamkeitsstörung ohne Hyperaktivität (F 98.8). Alle drei Diagnosen sind als Hyperkinetische Störungen den Verhaltens- und emotionalen Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend zugeordnet. (vgl. Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information 2010).

In der Klassifizierung des Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM IV) der American Psychiatric Association (APA) unterscheiden sich folgende Diagnosen: die Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung des vorwiegend unaufmerksamen Typus (314.00), die Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung des Mischtypus (314.01) sowie die Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung des vorwiegend hyperaktiv-impulsiven Typus (314.01) (vgl. St. Louis Psychologists and Counseling Information an Referral 2010).

Die Diagnosekriterien beider Klassifizierungssysteme unterscheiden sich nur unerheblich voneinander. Der hauptsächliche Unterschied zwischen beiden Systemen besteht darin, dass das DSM IV ein Handbuch ausschließlich für psychische Erkrankungen ist, während im ICD-10 alle Arten von Krankheiten klassifiziert sind und Krankheiten der Psyche nur einen Teil des Klassifizierungssystems ausmachen. Weiterhin sind die Kriterien der ICD-10 eindeutiger beschrieben, als die des DSM IV. Dies lässt den Schluss zu, dass anhand der Kriterien des DSM IV mehr Diagnosestellungen erfolgen. Zu beachten ist, dass beide Klassifizierungssysteme auf die Diagnosestellung bei Kindern und Jugendlichen abzielen. Die Kriterien beider Systeme zur Klassifizierung von AD(H)S sowie Beispiele für die analoge Symptomausprägung im Erwachsenenalter nach Krause und Krause (2009) sind in den Anlagen nachzulesen.

**Abbildung 2: Bezeichnungen für die ADHS in DSM IV und ICD-10**

<b>DSM-IV</b>	<b>ICD-10</b>
Aufmerksamkeits-/Hyperaktivitätsstörung, Mischtypus (314.01)	Einfache Aktivitäts- und Aufmerksamkeitsstörung (F 90.0)
Aufmerksamkeits-/Hyperaktivitätsstörung, vorwiegend unaufmerksamer Typus (314.00)	Aufmerksamkeitsstörung ohne Hyperaktivität (F 98.8)
Aufmerksamkeits-/Hyperaktivitätsstörung, vorwiegend hyperaktiv-impulsiver Typus (314.01)	Hyperkinetische Störung des Sozialverhaltens (F 90.1)

Quelle: Krause/Krause 2009: 4

### **1.3 Schwierigkeit der Diagnostik**

Die Symptomatik der AD(H)S modifiziert sich im Laufe der Entwicklung vom Kind zum Erwachsenen und zeigt dann ein verändertes Erscheinungsbild, „da bei den Patienten ein jahrzehntelanger Anpassungsprozess an die Symptomatik stattgefunden hat.“ (Krause/Krause 2009: 93) Dementsprechend ist auch die Diagnosestellung im Erwachsenenalter deutlich erschwert und lässt das Erkennen der Krankheit zur Herausforderung werden. Hallowell und Ratey (2010) stellen zur Problematik der Diagnostik der AD(H)S sehr treffend fest: „Die beiden häufigsten Fehler bei Diagnoseverfahren sind, dass die Diagnose ADD gar nicht oder aber zu oft gestellt wird.“ (Hallowell/Ratey 2010: 74)

Das Erstellen der Diagnose AD(H)S ist mit einigem Aufwand verbunden und bedarf einiger Test und Untersuchungen. Hauptmethode, die durchgeführt werden muss, ist die Anamnese. „Menschen mit ADS besitzen [...] in aller Regel keine zutreffende oder hilfreiche Sicht ihrer selbst. Es fehlt ihnen sogar in guten Tagen ein echtes Selbstbewusstsein, in der Krise allemal.“ (Beerwerth 2006: 210) Daher sollten auch immer Angehörige oder der Partner zusätzlich befragt werden. Sie können Auskunft über die Probleme in der Kindheit und Entwicklung geben. (Aust-Claus/Claus/Hammer 2002: 130ff.)

Bei der Diagnosestellung kommt der Anamneseerhebung durch Angehörige eine enorme Bedeutung zu. Zum einen stimmen Selbst- und Fremdwahrnehmung meist nicht

überein. Dementsprechend geben Anamnesebögen der Eigeneinschätzung und beispielsweise der Partnereinschätzung unterschiedliche und damit wertvolle Auskünfte zur Gesamteinschätzung des Klienten. (vgl. Neuhaus 2009: 68) Zum anderen sind es insbesondere die bedeutsamen Informationen von Eltern und guten „alten“ Freunden, welche die Klienten und deren Entwicklung über Jahre hinweg erlebt haben, die zur Diagnosestellung benötigt werden. (vgl. Krause/Krause 2009: 101)

Die folgende Abbildung soll aufzeigen, welche Aspekte betrachtet werden müssen, die sich als „Puzzleteile“ zum Gesamtbild der AD(H)S zusammensetzen lassen. Zu erwähnen ist, dass die Lebensgeschichte das wichtigste „Puzzleteil“ darstellt, welches Auskunft über die individuellen Schwierigkeiten in der Meisterung des eigenen Lebens gibt.

**Abbildung 3: Das Diagnose-Puzzle**



Quelle: Aust-Claus/Claus/Hammer 2002: 130

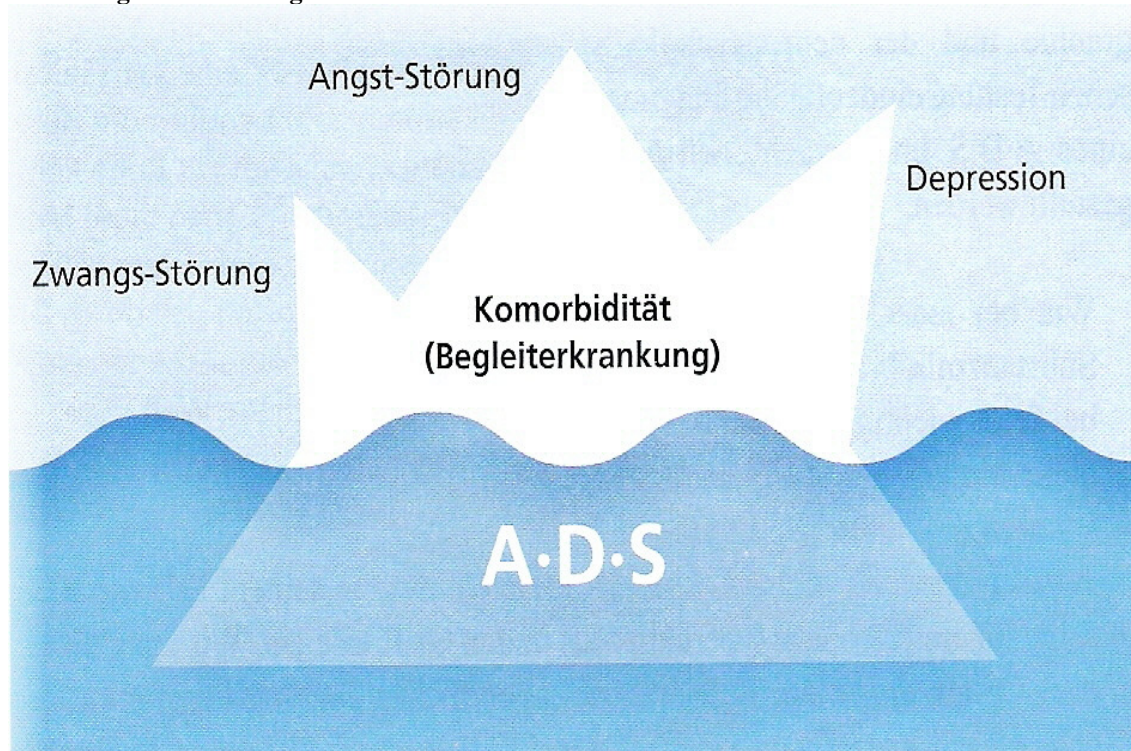
Es gibt verschiedene Selbstbeurteilungsskalen, die zur Diagnosestellung von AD(H)S zur Verfügung stehen. Dazu zählen unter anderem die „Wender Utah Rating Scale“ (WURS) nach dem Professor für Psychiatrie Paul Wender (s. Anlagen) sowie die „Adult-ADHD-Self-Report-Scale-v1.1“ (ASRS-v1.1) autorisiert durch die WHO. (vgl. Krause/Krause 2009: 101ff.) Weiterhin müssen die Symptome und Probleme des Patienten den international anerkannten Kriterien der Klassifikationssysteme DSM IV der APA und ICD-10 der WHO entsprechen. (vgl. Aust-Claus/Claus/ Hammer 2002: 145)

Bei der Erstellung der Diagnose AD(H)S kommt es gelegentlich zu der Schwierigkeit, dass zusätzlich andere Krankheitsbilder das der AD(H)S ergänzen oder auch überdecken, so genannte Komorbiditäten. „Zur Erkennung einer ADHS ist also die Kenntnis des gesamten psychiatrischen Spektrums notwendig.“ (Krause/Krause 2009: 94) Es ist von enormer Bedeutung die AD(H)S von einer komorbiden Krankheit zu trennen. Daher muss genau geschaut werden, ob AD(H)S der Auslöser der vorhandenen Symptome und Probleme des Patienten ist oder die andere Erkrankung um entsprechend therapieren zu können. Dieses Verfahren nennt sich Differenzialdiagnostik. (vgl. Krause/Krause 2009: 111ff.)

Aust-Claus, Claus und Hammer (2002) bezeichnen die Schwierigkeit AD(H)S von Begleiterkrankungen zu unterscheiden als „Eisberg-Phänomen“. Die folgende Abbildung verdeutlicht, dass die Komorbiditäten der AD(H)S als sichtbarer Teil des Eisberges mit seinen Spitzen über der Wasseroberfläche deutlich erkennbar sind, während der Teil des Eisbergs unterhalb der Wasseroberfläche, also die AD(H)S oft unentdeckt bleibt. Zu den häufigsten Komorbiditäten der AD(H)S zählen die Depression, Zwangs- und die Angststörung, Teil-Leistungsschwächen, Suchterkrankungen und Essstörungen.



**Abbildung 4: Das Eisberg-Phänomen**



Quelle: Aust-Claus/Claus/Hammer 2002: 100

Die Erscheinung der AD(H)S zu verdeutlichen, ist die nächste Aufgabe, die es zu bewältigen gilt.

## **1.4 Symptomatik der Krankheit oder Erscheinungsbild**

Die Symptomatik und deren Darstellung erfolgt durch die verschiedenen Autoren der derzeitigen Fachliteratur zum Teil verschieden. Grund dafür ist die Vielfältigkeit in der Ausgestaltung der AD(H)S. „Wahrscheinlich ist es ein halbes Dutzend klinischer Syndrome, das sich hinter der Fassade des diagnostischen Begriffs ADD verbirgt.“ (Hallowell/Ratey 2010: 133) Einige Darstellungsweisen sollen im Folgenden verglichen werden.

Ebenso wie bei AD(H)S im Kindesalter existiert bei Erwachsenen „die klassische Symptomtrias[...]: Ablenkbarkeit, Impulsivität und Hyperaktivität beziehungsweise Ruhelosigkeit“ (Hallowell/Ratey 2010: 118f.). Laut Hallowell und Ratey (2010) ergeben sich daraus vor allem Probleme bezüglich der eigenen Emotionen, oftmals in

Form einer Depression, sowie bezüglich des Selbstwertes und Selbstbildes. Aus ihrer Erfahrung in der Therapie AD(H)S Betroffener haben sie Diagnosekriterien entwickelt, die sowohl die Symptome der AD(H)S in ihrer Vielfältigkeit als auch die Folgeerscheinungen („Begleitsymptome“) beschreiben. (vgl. Hallowell/Ratey 2010: 125) Diese sind als Anlage beigefügt.

Aust-Claus, Claus und Hammer (2002) benennen ebenfalls die drei Hauptsymptome Störung der Impulskontrolle, Störung der Aufmerksamkeit sowie Aktivitätsstörung. Im Gegensatz zu Hallowell und Ratey (2010) unterteilen sie jedoch die Aktivitätsstörung nach Hyper- und Hypoaktivität, also Zappelphilipp und Träumer. Diesen drei Hauptsymptomen ordnen sie die folgenden 12 wichtigen Symptome der AD(H)S zu: unaufmerksam und ablenkbar, hyperaktiv und/oder verträumt, impulsiv, vergesslich, zerstreut und chaotisch, schwierig bei sozialen Kontakten, eigensinnig/eigenbrötlerisch, sehr motivationsgesteuert, geringes Selbstwertgefühl, stimmungslabil, mangelhaft leistungsfähig und schlecht im Arbeitsverhalten.

Cordula Neuhaus (2009) ergänzt in ihrem Buch die Symptompalette um die Schwierigkeit Betroffener, sich in die Perspektive des Gegenübers begeben zu können. Sie weist in diesem Zusammenhang daraufhin, welche zwischenmenschlichen Folgen die fehlende Möglichkeit zur Perspektivübernahme mit sich bringen. (vgl. Neuhaus 2009: 66)

Welche Symptome Krause und Krause (2009) zu den Wesentlichen der AD(H)S zählen und wie diese sich gestalten soll im Folgenden näher erläutert werden:

### **Aufmerksamkeits- und Konzentrationsstörung**

Betroffene Erwachsene erleben dieses Symptom in der leichten Ablenkbarkeit durch äußere Reize und damit einhergehend der Schwierigkeit der Fokussierung einer Sache. Die Reizoffenheit der AD(H)S hindert daran, die eigene Aufmerksamkeit aufrecht zu erhalten. Aufgrund der inkonsistenten Fähigkeit aufmerksam zu sein, kann der Eindruck entstehen, der AD(H)S Betroffene leide an Gedächtnisstörungen. Die inkonsistente Fähigkeit aufmerksam zu sein beinhaltet in diesem Zusammenhang außerdem die Fähigkeit zur „Hyperfokussierung“. Bei großem Interesse an einer Sache sind AD(H)S Betroffene in der Lage, ihre Aufmerksamkeit intensiv auf diese Sache zu richten. „Die



erfolgreichen unter den aufmerksamkeitsgestörten Erwachsenen können ein so gutes Durchhaltevermögen beim Erforschen einer Sache, die sie interessiert, entwickeln, dass sie in kurzer Zeit zu Spezialisten werden.“ (Krause/Krause 2009: 64) Allerdings kann diese Hyperfokussierung sich so intensivieren, dass es dem Betroffenen nicht mehr möglich ist, der Erledigung anderer Dinge nachzukommen. (vgl. Krause/Krause 2009: 57ff.)

Um die Problematik zur Aufrechterhaltung der Aufmerksamkeit wusste schon Sigmund Freud (1856 - 1939). Er berichtete in seinem Buch „Vorlesungen zur Einführung in die Psychoanalyse“ unter dem Kapitel „Fehlleistungen“ über folgenden Umstand:

„Auch in der Aufregung verwechselt man oft die Worte, aber auch die Dinge, man ‚vergreift sich‘, und das Vergessen von Vorsätzen, sowie eine Menge von anderen unbeabsichtigten Handlungen wird auffällig, wenn man zerstreut, d.h. eigentlich auf etwas anderes konzentriert ist. Ein bekanntes Beispiel solcher Zerstretheit ist der Professor der ‚Fliegenden Blätter‘, der seinen Schirm stehen lässt und seinen Hut verwechselt, weil er an die Probleme denkt, die er in seinem nächsten Buch behandeln wird. [...] Fassen wir diese Erklärungen der Fehlleistungen näher ins Auge. Die Bedingungen, die für das Zustandekommen dieser Phänomene angegeben werden, sind unter sich nicht gleichartig. Unwohlsein und Zirkulationsstörung geben eine physiologische Begründung für die Beeinträchtigung der normalen Funktion; Erregung, Ermüdung, Ablenkung sind Momente anderer Art, die man psycho-physiologische nennen könnte. Diese letzteren lassen sich leicht in Theorie übersetzen. Sowohl durch die Ermüdung wie durch die Ablenkung, vielleicht auch durch die allgemeine Erregung, wird eine Verteilung der Aufmerksamkeit hervorgerufen, die zur Folge haben kann, dass sich der betreffenden Leistung zu wenig Aufmerksamkeit zuwendet. Diese Leistung kann dann besonders leicht gestört, ungenau ausgeführt werden. Leichtes Kranksein, Abänderungen der Blutversorgung im nervösen Zentralorgan können dieselbe Wirkung haben, indem sie das maßgebende Moment, die Verteilung der Aufmerksamkeit in ähnlicher Weise beeinflussen. Es würde sich also in allen Fällen um die Effekte einer Aufmerksamkeitsstörung handeln, entweder aus organischen oder aus psychischen Ursachen.“ (Freud 1986 (1917): 21f.)

Freud schrieb in einem weiteren seiner Werke „Zur Psychopathologie des Alltagslebens“:

„Es gibt Menschen, die man als allgemein vergesslich bezeichnet und darum in ähnlicher Weise als entschuldigt gelten lässt wie etwa den Kurzsichtigen, wenn er auf der Straße nicht grüßt. Diese Personen vergessen alle kleinen Versprechungen, die sie gegeben, lassen alle Aufträge unausgeführt, die sie empfangen haben, erweisen sich also in kleinen Dingen als unverlässlich und erheben dabei die Forderung, dass man ihnen diese kleineren Verstöße nicht übel nehmen, d.h. nicht durch ihren Charakter erklären, sondern auf organische Eigentümlichkeit zurückführen solle.“ (Freud 1990 (1904): 173)

In beiden Textauszügen beschreibt Freud sehr anschaulich das schon damals auffällige Vorhandensein des Hauptsymptoms der AD(H)S, das Problem mit Aufmerksamkeit und Konzentration. Als Ursache zieht er ein Defizit im „nervösen Zentralorgan“ in Betracht.

### **Desorganisation**

Die Desorganisation bei AD(H)S geht ebenfalls mit der Reizoffenheit und damit verbunden der erhöhten Ablenkbarkeit einher. Folgen der Desorganisation sind Unordnung und mangelnde Fähigkeit zur Strukturierung des Tagesablaufs sowie der eigenen Tätigkeiten. Dies führt vor allem im Beruf zu erheblichen Problemen. Betroffene (vor allem Frauen) berichten außerdem sehr oft von einem Schamgefühl, welches sich einstellt, sobald sich Besuch angekündigt hat und der eigene Haushalt aufgrund der Desorganisation nicht zu bewältigen ist. (vgl. Krause/Krause 2009: 65ff.)

### **Selbstwertproblematik**

Probleme mit dem eigenen Selbstwert scheinen bei AD(H)S-Patienten die Regel zu sein. Betroffene sind nicht oder nur ungenügend in der Lage, eigene erbrachte Leistungen selbst anzuerkennen und zu würdigen. Krause & Krause sprechen von der fehlenden Bereitschaft, eigene Leistungen positiv zu bewerten. Die Folge davon ist ein sich immer mehr verstärkendes negatives Selbstbildnis. (vgl. Krause/Krause 2009: 67ff.)

## **Störungen der motorischen Aktivität**

Das wohl bekannteste Symptom der AD(H)S ist die Hyperaktivität, welches nicht bei allen ADS-Diagnosen vorhanden ist. Die Hyperaktivität im Erwachsenenalter äußert sich nicht wie bei Kindern durch übermäßig impulsive Bewegungen sondern in gedämpfter Form entsprechend der durch die erfahrene Sozialisation erlernten sozialen Anpassung. Erwachsene mit AD(H)S haben große Schwierigkeiten sich zu entspannen, fühlen sich innerlich unruhig und getrieben und „nur dann wohl, wenn sie sich ständig körperlich betätigen“ (Krause/Krause 2009: 69). Viele Betroffene treiben daher auch exzessiv Sport. Ungeschicktheit sowie eine ständige motorische Unruhe in den Extremitäten, die sich sehr oft als Fußwippen oder Fingertrommeln äußert, als auch ein sich unter Zeitdruck verschlechterndes Schriftbild sind typische Ausprägungen der motorischen Überaktivität. (vgl. Krause/Krause 2009: 69ff.)

## **Störung der Impulskontrolle**

Eine Störung der Impulskontrolle bei AD(H)S kann sich in impulsivem nicht endenden Redeschwall (Logorrhö), häufigem Wechsel des Arbeitsplatzes und von Partnerschaften, impulsiven Wutausbrüchen und einer erhöhten Risikobereitschaft der Betroffenen beispielsweise beim Autofahren äußern. Zur Impulskontrollstörung lassen sich auch selbstverletzendes Verhalten, pathologisches Kauf- und Spielverhalten sowie unkontrolliertes Gewalt- und Essverhalten zählen. Hieraus ergeben sich sehr oft weitere Krankheitsbilder, so zum Beispiel Suchterkrankungen, Essstörungen und oppositionelle Verhaltensstörungen. (vgl. Krause/Krause 2009: 71ff.)

## **Gestörtes Sozialverhalten**

AD(H)S Patienten zeigen nicht alle eine Störung des Sozialverhaltens. Zumeist tritt dieses Symptom bei Betroffenen mit einer überaus geringen Frustrationstoleranz und wiederum sehr ausgeprägten Impulsivität auf. Zudem fehlt bei AD(H)S oft ein Gefühl für Grenzen. Dies bildet die Grundlage für straffälliges und oppositionelles Verhalten. (vgl. Krause/Krause 2009: 84f.)

## **Emotionale Labilität**

Im Kindesalter wirken AD(H)S Betroffene oft psychisch labil, dysphorisch und übermüdet und verlieren schnell die Kontrolle, wirken teilweise depressiv verstimmt. Bei erwachsenen Betroffenen ändert sich das Bild etwas. Auffällig ist dann vor allem

die affektive Labilität, die sich in extrem ausgeprägten Stimmungsschwankungen innerhalb kürzester Zeit äußern. „Bei den Tiefpunkten handelt es sich in der Regel um einen Zustand von allgemeiner Unzufriedenheit, Lustlosigkeit und Langeweile. Als Mittel hiergegen suchen vor allem die jungen Erwachsenen mit ADHS Erregung durch gefährliche Betätigungen“ (Krause/Krause 2009: 86). Die persönlichen Beziehungen leiden besonders unter diesen Umständen. (vgl. Krause/Krause 2009: 85ff.)

### **Stressintoleranz**

Menschen mit AD(H)S laufen aufgrund ihrer Begeisterungsfähigkeit immer wieder Gefahr, sich zuviel zuzumuten. Das Interesse an neuen Projekten ist groß und führt dazu, dass AD(H)S Patienten sich überlasten, weil sie alles auf einmal wollen und dieser Fülle an Aufgaben nicht gewachsen sein können. Die Frustrationsintoleranz des AD(H)S Betroffenen führt in Belastungssituationen zu emotional unkontrollierten Ausbrüchen, denen oft mit Selbstmedikation mit verschiedensten Stimulanzien wie Kaffee, Zigaretten, Alkohol oder Drogen versucht wird entgegen zu wirken, um den vorhandenen Stress abzubauen. (vgl. Krause/Krause 2009: 88ff.)

### **Auswirkungen der Symptome auf das alltägliche Leben Betroffener**

Die AD(H)S Symptomatik beeinflusst das alltägliche Leben von Betroffenen nachhaltig. Wie sich die Symptome der AD(H)S im Alltag äußern, zeigt die folgende Abbildung

**Abbildung 5: Symptome der AD(H)S im Alltag**



Quelle: Rudolph 2010: 39

Vor allem in den Bereichen Familie, Partnerschaft sowie im Berufsleben werden die Auswirkungen sichtbar.

Betroffene wirken aufgrund ihrer Unfähigkeit die eigene Aufmerksamkeit zu regulieren oft oberflächlich und ichbezogen. Die mangelnde Konzentration verhindert zumeist, dass Betroffene wichtige Informationen aufnehmen beziehungsweise merken können und verstärkt damit diesen Eindruck.

Hinzu kommen die fehlende Verlässlichkeit Betroffener infolge der Desorganisation sowie die Impulsivität. Sie handeln oft, ohne nachzudenken und leben ihre Gefühle sofort aus. Aufgrund des negativen Selbstwertes vertragen Menschen mit AD(H)S jedoch selbst keine Kritik und wechseln in Reaktion auf die erlebte Frustration und Unsicherheit ihre Stimmung, oft in extremem Ausmaß.

Das Zusammenleben mit AD(H)S Betroffenen ist deutlich erschwert. Wegen der Symptomatik kann wenig Anpassung an bestehende Verhaltensregeln im zwischenmenschlichen Miteinander stattfinden. Vor allem nahe stehende Bezugspersonen spüren am deutlichsten die Problematik im Umgang mit Betroffenen.

Neuhaus (2009) schreibt in ihrem Buch zur Beziehung mit Betroffenen, dass die typischen Eigenschaften der AD(H)S, die „charakteristische Sprunghaftigkeit, das Nicht-einhalten-Können vorformulierter Absichten und Absprachen mit ständiger Umbewertung“ ständige Fehleinschätzungen, Diskussionen, Streit und damit verbunden zumeist impulsive Reaktionen zur Folge haben. Im Sinne der Hyperfokussierung beißen sich Betroffene förmlich an der Schuld des Gegenübers fest und können nur schwer vom Streitthema lassen. Dieser Wechsel von einem Extrem ins nächste ist typisch für die AD(H)S (vgl. Neuhaus 2009: 131ff.)

Neuhaus schreibt weiter: „Jemand mit ADHS entwickelt sehr schnell seine ganz persönlichen Gesetzmäßigkeiten, die er in der Beziehung vorgibt, seine eigenen moralischen Dogmen, in die das Gegenüber zu passen hat, wobei diese schnell generalisiert werden.“ (Neuhaus 2009: 134) Passt der Gegenüber sich diesen Gegebenheiten nicht an, entwickelt sich ein erneuter Streitpunkt in der Beziehung mit einem AD(H)S Betroffenen. Diese Problematik lässt sich in alle Bereiche des zwischenmenschlichen Miteinanders und Zusammenlebens übertragen.

AD(H)S hat jedoch durchaus auch positive Seiten. Werfen wir einen Blick auf eine weitere Facette, welche die Krankheit ausmacht, die Stärken der AD(H)S.

## **1.5 Positive Eigenschaften der AD(H)S - Stärken**

Über der Suche nach der Diagnose anhand der für AD(H)S typischen problembehafteten Symptome dürfen die positiven Eigenschaften des Betroffenen nicht übersehen werden. „Denn genauso wichtig wie das Erkennen von Problemen ist es, die persönlichen Talente und die besonderen Fähigkeiten des Einzelnen zu kennen.“ (Aust-Claus/Claus/Hammer 2002: 132) So benennen Aust-Claus, Claus und Hammer (2002) die Stärken bei AD(H)S wie folgt. Betroffene sind schnell begeisterungsfähig, unkonventionell im Denken, liebenswert und offen im Wesen, spontan, engagiert, neugierig, wissbegierig, nicht nachtragend und haben einen ausgeprägten Gerechtigkeitssinn. (vgl. Aust-Claus/Claus/Hammer 2002: 71)

Ähnliches führt Neuhaus (2009) in ihrem Buch an. Sie schreibt darüber, dass AD(H)S Betroffene oft aufopfernd um andere bemüht sind. „Erwachsene mit ADHS sind kontaktoffen – haben aber Schwierigkeiten mit der Beziehungsgestaltung. Erwachsene mit ADHS wissen und können alles für andere, nur nicht für sich.“ (Neuhaus 2009: 69)

Ressourcenorientiert nach den Stärken des AD(H)S Patienten zu schauen, wird bei der Behandlung der AD(H)S von enormer Bedeutung sein. „In aller Regel haben ADSler zur Kompensation ihrer Einschränkung große Stärken entwickelt“ (Beerwerth 2006: 208), um im Leben eigenständig zurechtzukommen. Beerwerth (2006) führt als potentielle Kompensationsmöglichkeiten beispielsweise leistungssportliche Betätigung, segmentale Hochbegabung, Einfühlsamkeit und Charisma, Intuition, Kreativität, Stehvermögen, Multitasking und Pragmatismus an.<sup>1</sup> Dies gilt es zu würdigen, da die Kompensation von so einer erheblichen Einschränkung und die Herausbildung so außergewöhnlicher Fähigkeiten mit enormer Anstrengung und Disziplin verbunden sind.

Neben dem Krankheitsbild an sich ist es daher wichtig, immer im Blick zu behalten, dass der Betroffene sehr viele positive Eigenschaften mitbringt, sei es als

---

<sup>1</sup> Vgl. Kapitel 3.1 - Bewältigung und Kompensation

Charaktereigenschaft oder als Kompensationsstrategie. „Der Grundgedanke muss sein: Hier ist ein Mensch dessen angeboren zerrissene Persönlichkeit ist nicht ‚auszurotten‘. Wohl aber kann er seine in aller Regel außergewöhnlichen Gaben zu unser alle und seinem Nutzen leuchten lassen. Wie helfe ich dabei?“ (Beerwerth 2006: 209)

Nachdem verdeutlicht wurde, wie sich die Krankheit äußert, schauen wir nun nach den Ursachen von AD(H)S.

## **1.6 Neurobiologische Ursachenforschung**

Erst ab den 70er Jahren des 20. Jahrhunderts wurde versucht herauszufinden, welche Rolle die Neurobiologie bei der Entstehung von AD(H)S-Symptomen spielt. Vorher sah man vor allem in exogenen Faktoren den Grund für die Entstehung der Verhaltensauffälligkeiten der AD(H)S. Der Einfluss ungünstiger Umweltfaktoren wie schlechte soziale Milieus, die Unfähigkeit der Eltern zur Erziehung sowie psychische Vorerkrankungen der Eltern, als auch Unverträglichkeiten von Nahrungsmitteln galten als potentielle Gründe für die Entstehung der Krankheit. Ebenso wurde vermutet, dass prä- und perinatale Komplikationen ein Auslöser der Krankheit sein könnten, so zum Beispiel Sauerstoffmangel bei der Geburt beziehungsweise Nikotin- oder Alkoholmissbrauch während der Schwangerschaft. Diesbezüglich wurden verschiedene Studien durchgeführt, die jedoch diese Vermutungen nicht belegen konnten. Ebenso wurde ein Zusammenhang zwischen bestimmten Gendefekten und der Entstehung von AD(H)S vermutet und untersucht, jedoch ohne signifikantes Ergebnis. (vgl. Krause/Krause 2009: 13ff.)

Mit Beginn der neurologischen Betrachtung der AD(H)S „fanden sich neurochemische, neurophysiologische und radiologische Auffälligkeiten, die vor allem auf Anomalien im dopaminergen und noradrenergen System hinweisen. [...] Genetische Untersuchungen belegen immer klarer, dass bei der ADHS in den meisten Fällen eine eindeutige genetische Komponente besteht.“ (Krause/Krause 2009: 16)

Sowohl die Messung der Katecholamine<sup>2</sup> als auch neurophysiologische Messungen und die bildgebenden Verfahren Computertomographie, Kernspintomographie, funktionelle Kernspintomographie, Positronenemissionstomographie und die Single-Photon-Emissions-Computertomographie haben bereits bedeutsame Aufschlüsse in der Erforschung der Biologie der AD(H)S geben können. In welchem Zusammenhang die Messergebnisse allerdings miteinander stehen und inwieweit sie die Entstehung der AD(H)S erklären können, bleibt weiterhin unerforscht. So können die Forschungsergebnisse zur Neurochemie, Neuroanatomie und Neuropsychologie dementsprechend nicht zweifelsfrei als Diagnosequelle herangezogen werden. (vgl. Krause/Krause 2009: 17ff., Hallowell/Ratey 2010: 404 ff.)

Wichtig zu erwähnen ist in diesem Zusammenhang jedoch die Genetik. Durchgeführte Studien beweisen die genetische Veranlagung der Krankheit und „zeigen, dass bei Eltern bzw. Geschwistern eines betroffenen Kindes ADHS häufiger vorkommt als bei Verwandten von Kontrollpersonen; die Rate bei Angehörigen ersten Grades ist etwa um das Fünffache erhöht. Interessant ist, dass aus dem bei einem Patienten vorliegenden Typ der ADHS nicht darauf geschlossen werden kann, unter welchen Typ Angehörigen leiden. (Krause/Krause 2009: 35)

Wir wissen nun, dass AD(H)S neurobiologische Ursachen hat. Doch widmen wir uns der Frage: Was macht AD(H)S defizitär?

## **1.7 Das „Defizitäre“ der AD(H)S**

„Es gibt eine Reihe von Theorieansätzen, die auf dem besten Weg sind, das eigentlich ‚Defizitäre‘ an der Aufmerksamkeits-Defizit-Disposition auf den Begriff zu bringen“, so Hallowell und Ratey (2010) in ihrem Buch.

---

<sup>2</sup> Katecholamine sind die Neurotransmitter und Hormone Adrenalin, Noradrenalin und Dopamin, die auf das Herz-Kreislaufsystem wirken. Bei ihrem Abbau entstehen die Zwischenprodukte Metanephrin und Normetanephrin sowie die Endabbauprodukte Homovanillinsäure (Dopamin) und Vanillinmandelsäure (Adrenalin und Noradrenalin). Beide Produktgruppen besitzen diagnostische Bedeutung. (vgl. Institut für Medizinischen Diagnostik 2010)



So werden Theorien erläutert, die das problembehaftete Verhalten von AD(H)S Patienten darin begründen, dass ein Defizit im Belohnungssystem des Gehirns zu fehlender Motivation führt, was nur durch ein andauerndes Feedback oder ständig wiederkehrende Konditionierung auszugleichen erreicht werden kann.

Ein weiteres Konzept zur Erklärung des Defizitären der AD(H)S begründet „ein fehlerhaftes Filtersystem“ (Hallowell/Ratey 2010: 417) als Ursache der Überflutung mit Informationen und Reizen, denen sich der Betroffene nicht entziehen kann, „weil er Informationen über jede noch so winzige Einzelheit seines Erlebens verarbeiten muss“ (Hallowell/Ratey 2010: 418), mit der Folge des inneren Rückzugs um ständiger Ablenkung vorzubeugen beziehungsweise entgegenzuwirken.

Zudem bestehen Theorien, die von einem zu schwach ausgeprägten inneren Erregungszustand im Gehirn des AD(H)S Betroffenen ausgehen. Dieser wird versucht zu kompensieren beziehungsweise zu steigern, mittels dem AD(H)S typischen Verhalten von Hyperaktivität, Impulsivität und starkem Interesse an Neuem sowie der ständigen Suche nach extremer Stimulierung durch Reize.

Hallowell und Ratey beschreiben außerdem „das theoretische Modell“, welches nach deren Meinung „als das tauglichste erscheint.“ (Hallowell/Ratey 2010: 419) Es bezieht sich zwar ebenfalls auf die Überflutung mit Informationen, die nicht gefiltert werden können, soll sich jedoch dahingehend von dem bereits erwähnten Konzept unterscheiden, indem es „statt das Syndrom als Unfähigkeit zur Beachtung von Hinweisreizen zu konzipieren, [...] das Augenmerk auf die dem Menschen mit ADD eigene Fähigkeit, auf sehr viel mehr Hinweisreize achten zu können als der durchschnittliche Mensch“, (Hallowell/Ratey 2010: 419) zu richten versucht. Die AD(H)S ist demnach keine Schwäche, bei der Ablenkbarkeit und mangelhafte Konzentration zu den Schwierigkeiten führen, sondern das Vermögen, die eigene Konzentration auf alles zu lenken. Es besteht dadurch ein Problem mit der Hemmung „von Verhaltensformen, Gedanken, Handlungen, Emotionen – der Impulse, die uns alle durchs Leben begleiten, die jedoch einige von uns leichter zu regulieren vermögen als andere.“ (Hallowell/Ratey 2010: 420)

Abbildung 6: Die Schwäche, Reize zu filtern



Quelle: Rudolph 2010: 16

Ist dies der Fall, dass AD(H)S die Fähigkeit ist, sich auf alle Reize und Informationen zu konzentrieren und damit verbunden die Schwierigkeit besitzt, Reize und Informationen erfolgreich zu filtern, wird auch klar, warum die AD(H)S, obwohl sie schon immer als genetische Anlage vorhanden ist, erst im letzten Jahrhundert und gehäuft vor allem erst in den letzten Jahrzehnten ein solches Ausmaß an Schwierigkeiten im Leben Betroffener mit sich bringt. Nicht ohne Grund benennt Beerwerth (2006) die AD(H)S in seinem Buch „als Anpassungsstörung an die nicht ‚artgerechte Haltung‘ des modernen Menschen“ (Beerwerth 2006: 24) in der heutigen Zeit.

Daher soll nun im Folgenden untersucht werden, welche Faktoren der heutigen Zeit das mittlerweile vorherrschende Krankheitsbild der AD(H)S in seiner Entstehung im Gegensatz zu früheren Zeiten begünstigen und inwieweit sich diese Faktoren innerhalb der kulturgeschichtlichen Entwicklung herausgebildet haben.

## **2 Die Krankheit in der Gesellschaft**

### **2.1 Ein Stück Kulturgeschichte**

Beerwerth (2006) beschreibt in seinem Buch recht deutlich den Zusammenhang zwischen der kulturgeschichtlichen Entwicklung, mit Beginn zur Französischen Revolution, und der Entstehung von auffälligem Verhalten.

Die Jahre nach der Französischen Revolution waren in Deutschland geprägt von Statuskonflikten beim Bürgertum. Das Bürgertum war „von der Macht ausgeschlossen“ (Beerwerth 2006: 13) und versuchte seinen Status gegenüber den Arbeitern, Handwerkern und Bauern zu verifizieren. Dabei blieb dem Bürgertum nur die Unterscheidung durch Benehmen und Manieren. So erschuf es „der menschlichen Natur nicht entsprechende Regeln“ (Beerwerth 2006: 13), die weder das Gespräch am Esstisch noch das tobende Spiel von Kindern zuließen.

Die an diese Zeit anknüpfende Phase der beginnenden Industrialisierung brachte außerdem eine neue Kategorie der Arbeit hervor – die Arbeit am Schreibtisch. Von den Menschen wurde plötzlich ein Mindestmaß an Bildung verlangt, um der bevorstehenden Industrialisierung Rechnung zu tragen. Der durch die entstandene Industrie benötigte Bürokratieaufwand musste bewältigt werden. Lesen, schreiben und rechnen waren die Voraussetzungen für Erfolg und sollten in extra dafür erschaffenen Einrichtungen, den Schulen vermittelt werden.

Nun genossen diese kein sehr großes Ansehen und es wurde in der Biedermeierzeit versucht, „aus den unregelmäßig besuchten und schlecht geführten Schulen schlagkräftige Bildungseinrichtungen zu machen.“ (Beerwerth 2006: 16) Es entstanden Einrichtungen, in denen regelkonforme Lehrer den Alltag von 30 gleichaltrigen Kindern im Klassenverband bestimmten, in denen sich die Kinder nur schlecht einfügen konnten, waren sie doch seit Millionen von Jahren das Lernen in altersgemischten Gruppen gewohnt. Bewegungseinschränkung beim Lernen sowie das Verbot von sprechen und toben in der Schule zwang die Kinder verhaltensbiologisch begründet zu auffälligem, regelwidrigem Verhalten. (Beerwerth 2006: 16f.)

Als sich Anfang des 20. Jahrhunderts eine weitere industrielle Revolution ankündigte, veränderten sich zunehmend die Verhältnisse des familiären Zusammenlebens. Waren es bis dahin Großfamilien in mehreren Generationen, die ihr Leben gemeinsam unter

einem Dach bestritten, entwickelte sich nun das Leben innerhalb der Familie zu einer kleineren Daseinsform, der Kleinfamilie. Damit schwand die Möglichkeit des innerfamiliären Ausgleichs von Impulsivität und Ruhe. Der steigende Druck Regeln einzuhalten, sich gutbürgerlich angepasst in die Gesellschaft einzufügen stieg stetig an mit den Folgen, das auffälliges, regelwidriges und unangepasstes Verhalten einerseits zunahm, jedoch als ‚Unart‘ immer mehr Beachtung fand.

Zusätzlich zu dieser Entwicklung entstand ab Mitte des 20. Jahrhunderts ein prägender gesellschaftlicher Zustand, der sich aus dem begonnenen Zeitalter der Information ergab und bis in die heutige Zeit andauert. Zur bestehenden Herausforderung an die Menschen, sich in die Gesellschaft einzufügen, geschieht eine Überflutung mit Reizen der neuen Zeit. In den alltäglichsten Situationen wirken der Straßenverkehr, Lärm, Werbung an allen Ecken, Unterhaltungsmedien wie Fernsehen und Radio sowie die Individualität im Aussehen der Massen von Menschen als auch die Vielfalt an angebotenen Produkten auf die Menschen ein und müssen als Informationen von unserem Gehirn verarbeitet werden. Seither wird erwartet, dass die Menschen „auf Knopfdruck funktionieren.“ (Beerwerth 2006: 23)

Die Entwicklung hin zur industriellen Gesellschaft, in der das ‚Funktionieren‘ an erster Stelle steht, nimmt in den folgenden Jahren ihren Lauf, bis heute dauert sie fort. Die Arbeitsbedingungen verschlechtern sich - Flexibilität und Initiative sind gefordert. Motivierende und erholsame Faktoren hingegen werden wie Pausen und Auszeiten immer weniger. Der Druck, denen die Menschen ausgesetzt sind, steigt weiter an. (vgl. Meckel 2009: 106ff.)

Unter Betrachtung der kulturgeschichtlichen Entwicklung werden nun zusätzlich soziologische Erklärungsansätze herangezogen, um zu erklären, in welcher Gesellschaft wir eigentlich leben und welchen Einfluss diese auf die Ausprägung der Krankheitssymptome der AD(H)S hat.

## 2.2 Welche Erklärungsansätze liefert die Soziologie?

„Da steh’ ich nun, ich armer Tor!  
Und bin so klug als wie zuvor; [...]  
Bilde mir nicht ein ich könnte was lehren  
Die Menschen zu bessern und zu bekehren. [...]  
Ob mir, durch Geistes Kraft und Mund,  
Nicht manch Geheimnis würde kund; [...]  
Dass ich erkenne was die Welt  
Im Innersten zusammenhält“ (Goethe 2009 (1808): 25f.)

Um zu ergründen, welchem Zweck die Soziologie folgt, müssen wir herausfinden, wie die Soziologie entstand und welchen Fragen die Soziologie nachgeht. Dazu ist es wichtig zu erwähnen, dass nicht Auguste Comte (1798 – 1857) der Begründer der Soziologie ist, sondern diese schon vorher Anwendung fand. Comte gab diesem „Prinzip des Denkens“ (Abels 2007: 64) lediglich einen Namen.

Wann begann nun die Soziologie? Zeitlich lässt sich kein Ursprung soziologischen Denkens festsetzen. Schon Aristoteles befasste sich 4. Jh. v. Chr. damit. Daher sollte vielmehr die Frage lauten: Durch welche Überlegungen entstand die Wissenschaft Soziologie?

Laut Abels liegt die Antwort einerseits in „dem Zweifel, dass die gesellschaftlichen Verhältnisse sich von Natur aus [...] ergeben haben“ und andererseits in „der Frage nach dem Sinn der gesellschaftlichen Verhältnisse“. (Abels 2007: 64-65) Definitionen zur Soziologie haben wohl fast alle Soziologen versucht zu geben, durchaus mit verschiedenen Aussagen. Vorausgesetzt wird allerdings bei den Theorien aller Soziologen, klassisch bis modern, die Annahme, dass der einzelne Mensch eine Wirkung auf die Gesamtheit, also die Gesellschaft, und diese wiederum eine Wirkung auf den einzelnen Menschen hat. Abels hat aus dieser Erkenntnis heraus die folgende Definition der Soziologie entwickelt. „Soziologie befasst sich mit gesellschaftlichen Verhältnissen und dem Handeln zwischen Individuen in diesen Verhältnissen.“ (Abels 2007: 12) Einer der klassischen Vertreter der Soziologie, Max Weber bezeichnet die Soziologie als „eine Wissenschaft, welche soziales Handeln deutend verstehen und

dadurch in seinem Ablauf und seinen Wirkungen ursächlich erklären will.“ (Weber 1980 (1921): 1)

Wie geht die Soziologie nun vor und welchen Zweck verfolgt sie letztlich? Die Soziologie versucht, gemäß den Definitionen von Abels und Weber, gesellschaftliche Verhältnisse zu erfassen, darzustellen, zu erklären und zu beurteilen. Über diese Aufgaben hinaus gilt es ein weiteres Ziel zu verfolgen, nämlich in bestehende gesellschaftliche Verhältnisse einzugreifen und diese zu verändern. (vgl. Abels 2007: 69ff.)

Durch die Betrachtung soziologischer Erklärungsansätze bezüglich des individuellen Handelns und Verhaltens von AD(H)S Betroffenen soll ein Verständnis dafür entstehen, welchen Einfluss die Gesellschaft auf die eigentlich biologisch fundierte Andersartigkeit dieser Menschen hat und warum AD(H)S heutzutage als „Zivilisationskrankheit“ verstanden werden kann. Die gesellschaftlichen Bedingungen und Gegebenheiten, die einen Einfluss auf die Ausprägung der AD(H)S typischen Symptome haben und die Tatsache, dass die Krankheit in den letzten Jahrzehnten scheinbar zugenommen hat, zu erklären, ist das Ziel der folgenden Kapitel.

Hierzu bezieht sich der nachstehende Text auf einen der Klassiker der Soziologie - Georg Simmel, welcher soziale Wechselwirkungen als Basis für Vergesellschaftung ansieht. In Ergänzung zu Georg Simmel wird zur Bestätigung der Theorie, AD(H)S wird durch eine „amerikanisierte Gesellschaft“<sup>3</sup> herausgefordert, soll der modernen Soziologie angehörende Ulrich Beck angeführt und seine Theorie zur „Risikogesellschaft“ erläutert werden. Beiden gemein ist der Gedanke, Individualisierung sei der Ausgangspunkt aller gesellschaftlichen Veränderung hin zur derzeitig bestehenden Problematik. Neben der Theorie zur Individualisierung wird Talcott Parsons angeführt und mit ihm die Theorie der sozialen Ordnung.

---

<sup>3</sup> Mit „amerikanisierte Gesellschaft“ meinen Hallowell und Ratey (2010) Gesellschaften in der Individualisierung. Vgl. Kapitel 2.7 – Amerikanisierte Gesellschaften und die PSEUDO-ADD

## 2.3 Ein Vertreter der klassischen Soziologie – Georg Simmel

### Über Modernisierung zur Individualisierung

Georg Simmel (1858 – 1918) befasste sich zu seiner Zeit mit dem Entstehen, dem Erscheinen und den Folgen sozialer Wechselwirkungen. Die Tatsache der Vergesellschaftung als Ergebnis sozialer Wechselwirkungen stellt den Untersuchungsschwerpunkt seiner Soziologie dar. Er analysierte „die Form der sozialen Wechselwirkung“ und in deren Folge „die [...] spezifische Handlungsverkettung zwischen Individuen“ (Lahusen/Stark 2002: 262).

In seinem Werk „Soziologie. Untersuchungen über die Formen der Vergesellschaftung“ schreibt er:

„Alles das, was in den Individuen [...] als Trieb, Interesse, Zweck, Neigung, psychische Zuständigkeit und Bewegung derart vorhanden ist, dass daraus oder daran die Wirkung auf andre und das Empfangen ihrer Wirkungen entsteht – dieses bezeichne ich als den Inhalt, gleichsam die Materie der Vergesellschaftung. An und für sich sind diese Stoffe, mit denen das Leben sich füllt, diese Motivierungen, die es treiben, noch nicht sozialen Wesens. Weder Hunger noch Liebe, weder Arbeit noch Religiosität, weder die Technik noch die Funktionen und Resultate der Intelligenz bedeuten, wie sie unmittelbar und ihrem reinen Sinne nach gegeben sind, schon Vergesellschaftung; vielmehr, sie bilden diese erst, indem sie das isolierte Nebeneinander der Individuen zu bestimmten Formen des Miteinander und Füreinander gestalten, die unter den allgemeinen Begriff der Wechselwirkung gehören. Die Vergesellschaftung ist also die, in unzähligen verschiedenen Arten sich verwirklichende Form, in der die Individuen [...] zu einer Einheit zusammenwachsen und innerhalb deren diese Interessen sich verwirklichen.“ (Simmel 1983 (1908): 5)

Simmel spricht in seiner Theorie von „sozialen Kreisen“, denen er eine integrative Aufgabe in eine spezifische Gemeinschaft zuschreibt. Diese sozialen Kreise können in ihrer Lage zu einander ohne Berührungspunkt, sich kreuzend aber auch mit selbem Schwerpunkt „konzentrisch“ sein. Die sich aus den Kreisen ergebenden Wechselwirkungen nennt Simmel Gesellschaft beziehungsweise, da stetig im Wandel,

Vergesellschaftung. Die fortschreitende gesellschaftliche Entwicklung hin zur Moderne geht mit der Wandlung der sozialen Kreise von einander abgegrenzten zu miteinander gekreuzten Kreisen und damit der Differenzierung der Gesellschaft einher. Der Mensch gehört nicht mehr ausschließlich dem „Kernkreis“ Familie an, sondern findet im Laufe seiner Sozialisation Anschluss in verschiedenen anderen Kreisen, beispielsweise im Studium, der Arbeit, in Parteien, Vereinen. Er kann nach seinem Belieben vielfältige Interessen verfolgen. Diese Modernisierung drängt den Menschen jedoch zunehmend in den Prozess der Individualisierung. Herausgerissen aus traditionellen Strukturen erlangt er zwar Freiheit, ist aber außerdem dem Zwang ausgeliefert, sich von der Menge abzuheben indem er sich individualisiert. Eben die Entwicklung zur Modernisierung einhergehend mit der Individualisierung benennt Simmel als Ursache gesellschaftlicher Probleme des Individuums. (vgl. Lahusen/Stark 2000: 262ff.)

Als Klassiker der Soziologie ebnete Simmel den Weg für heutige „moderne“ Soziologen und legte mit seinem Gedankengut den Grundstein für die Theorie der Individualisierung. An dieses anknüpfend soll im Folgenden Ulrich Beck mit seinem soziologischen Theorieansatz vorgestellt werden.

## **2.4 Ein Vertreter der modernen Soziologie – Ulrich Beck**

### **Riskante Freiheiten**

Auch Beck spricht wie Simmel in seiner Theorie von einer von der Individualisierung ausgehenden Gefahr für das Individuum. Im Allgemeinen „meint ‚Individualisierung‘ bestimmte subjektiv-biographische Aspekte des Zivilisationsprozesses“ (Beck 1986: 206)

Was er unter Individualisierung und deren Folgen versteht, verdeutlicht das folgende Zitat aus dem Artikel „Individualisierung in modernen Gesellschaften – Perspektiven und Kontroversen einer subjektorientierten Soziologie“ (1994) von ihm und seiner Frau Elisabeth Beck-Gernsheim:

„Individualisierung [...] ist ein alles andere als gesellschaftsfreier Raum, indem sich die modernen Subjekte mit ihren Handlungsoptionen bewegen. Die



Regelungsdichte ist bekannt [...], im Summeneffekt ein höchst differenziertes Kunstwerk mit labyrinthischen Anlangen. Das entscheidende Kennzeichen dieser modernen Vorgaben ist, dass das Individuum sie, weit mehr als früher, gewissermaßen selbst herstellen muss, im eigenen Handeln in die Biographie hereinholen muss. [...] In die traditionelle Gesellschaft und ihre Vorgaben wurde man hineingeboren. Für die neuen Vorgaben dagegen muss man etwas tun, sich aktiv bemühen. Hier muss man erobern, in der Konkurrenz um begrenzte Ressourcen sich durchzusetzen verstehen – und dies nicht nur einmal, sondern tagtäglich. Die Normalbiographie wird damit zur ‚Wahlbiographie‘, [...] immer zugleich ‚Risikobiographie‘, ja ‚Drahtseilbiographie‘, ein Zustand der (teils offenen, teils verdeckten) Dauergefährdung. Die Fassaden von Wohlstand, Konsum, Glimmer täuschen oft darüber hinweg, wie nah der Absturz schon ist. Der falsche Beruf oder die falsche Branche, dazu die privaten Unglücksspiralen von Scheidung, Krankheit, Wohnungsverlust – Pech gehabt! heißt es dann.“ (Beck/Beck-Gernsheim 1994: 12f.)

Individualisierung bedeutet nicht nur die Schaffung von Freiräumen, die dem Menschen persönliche Entscheidung nach eigenem Belieben einräumt und somit den Zwang zur Fügung in vorgegebene gesellschaftliche Verhältnisse entschärft. Vielmehr entsteht durch Individualisierung ein anderer Zwang zur Übernahme von Verantwortung in jeglichen Bereichen des Lebens aufgrund des zunehmenden Abverlangens persönlicher Entscheidungen. Koordination, Organisation und Integration sind Aufgaben, die das Individuum dabei erfüllen muss. So lassen sich der Individualisierung, gemäß dem Sprichwort, beide Seiten der Medaille zuschreiben. „Die Auflösung gewohnter Strukturen raubt den Menschen auch gleichzeitig die Verlässlichkeit vertrauter Bindungen.“ (Pongs 2004: 46)

Letztlich und um das Thema zu vervollständigen, soll Talcott Parsons Theorie der sozialen Ordnung verdeutlichen, welche Aufgabe jedem Individuum als Teil der Gesellschaft zu kommt und mit welcher Bedeutung es diese Aufgabe zu erfüllen gilt.

## **2.5 Ein Vertreter der amerikanischen Soziologie - Talcott Parsons**

### **Soziale Ordnung durch Strukturfunktionalismus**

Der amerikanische Soziologe Talcott Parsons (1902 – 1979) beschäftigte sich mit der sozialen Ordnung innerhalb einer Gesellschaft. Dabei legte er sein Augenmerk weniger auf die Entstehung dieser sozialen Ordnung sondern viel mehr auf deren Erhaltung.

Die zentralen Begriffe seiner Theorien sind System, Struktur und Funktion. System bezeichnet das Verhältnis und die Wechselwirkung gesellschaftlicher Rahmenbedingungen, indem verschiedene Parteien geordnet in Beziehung treten (Struktur) und funktionale Leistungen zur Bewahrung dieser Ordnung erbringen (Funktion). (vgl. Abels 2007: 129)

Er ging davon aus, dass eine soziale Ordnung von Werten, Normen und Regeln bestimmt ist, an denen das Individuum im Zuge seiner Sozialisation willentlich eigene Bedürfnisse, Erwartungen und Kompetenzen orientiert und sich damit in die soziale Ordnung integriert. Die Gesamtheit dieser Werte und Normen bezeichnet Parsons als „kulturelles System“. (vgl. Abels 2007: 125ff.)

„Von ‚System‘ spricht Parsons sowohl auf der Ebene der kulturellen Verbindlichkeiten, wie der Handlungen, wie des Individuums, weil alle drei Aggregationen unterschiedlicher Teilelemente sind, die in einer strukturerhaltenden Wechselbeziehung zueinander stehen.“ (Abels 2007: 132) Folglich würde durch die Störung der Funktion eines dieser Systeme auch die Funktion der anderen Systeme gestört werden. Um zwischen diesen Systemen zu vermitteln bedarf es laut Parsons „sozialer Rollen“. Diese werden als Systemkomponenten betrachtet, welche sich dem Erhalt des Systems dienlich erweisen sollen. Die Rollen entsprechen einem Muster, wie Individuen in bestimmten vorgegebenen Situationen wünschenswert handeln sollen. Sie spiegeln kein Individuum als solches wider. (vgl. Abels 2007: 133)

Klaus Hurrelmann (2000) schreibt in seinem Buch über den Zusammenhang von Individuum und Gesellschaft nach Parsons Theorie Folgendes:

„Die Persönlichkeit wird als ein ‚Spiegelbild‘ der Sozialstruktur verstanden, weil in ihr die Verinnerlichung von gesellschaftlichen Macht- und Rollenstrukturen abgebildet ist. Die gesellschaftlichen Strukturen bilden nach dieser Theorie eine

fast übermächtige Umwelt für das Individuum und bestimmen auch darüber, ob ein Mensch gesund oder krank ist. Das biologische und das psychische System, die zusammen maßgeblich die Persönlichkeit eines Menschen konstituieren, werden durch das ‚soziale System Gesellschaft‘ in ihre Schranken verwiesen.“ (Hurrelmann 2000: 66)

Hurrelmann verweist auf die gesundheitlichen Folgen, zu denen die hohen normativen Erwartungen an den Menschen in der heutigen Zeit führen können. Er schreibt weiterhin, dass Parsons um die Gefahren der „heutigen hoch entwickelten Gesellschaften“ wusste und vermutete, dass nur derjenige ohne gesundheitliche Komplikationen leben kann, der diese hohen Ansprüche zu erfüllen vermag, indem er seine persönlichen Erwartungen an denen des Systems orientiert. Die Erfüllung seiner Rolle im Dienst der Gesellschaft entscheidet dabei über den gesellschaftlichen Wert, den ein Mensch im System besitzt. (vgl. Hurrelmann 2000: 66f.) „Je freier verfügbar und einsetzbar das menschliche Leistungsvermögen ist, desto wichtiger werde ein Mensch für die Gesellschaft.“ (Hurrelmann 2000: 67)

Infolge Parsons Theorie bedeutet Krankheit eines Individuums für die Gesellschaft laut Hurrelmann eine Art „abweichenden Verhaltens“, dass nur in der sozialen Rolle des „Kranken“ legitimiert ist. Krankheit führt demnach zur vorübergehenden Befreiung von der eigenen sozialen Rolle und der damit verbundenen moralischen Verantwortung für sein Handeln, und ist außerdem mit der Pflicht verbunden, sich nach bestem Wissen und Gewissen um die eigene Gesundheit zu kümmern und sich die nötige Hilfe zu holen. (vgl. Hurrelmann 2000: 67)

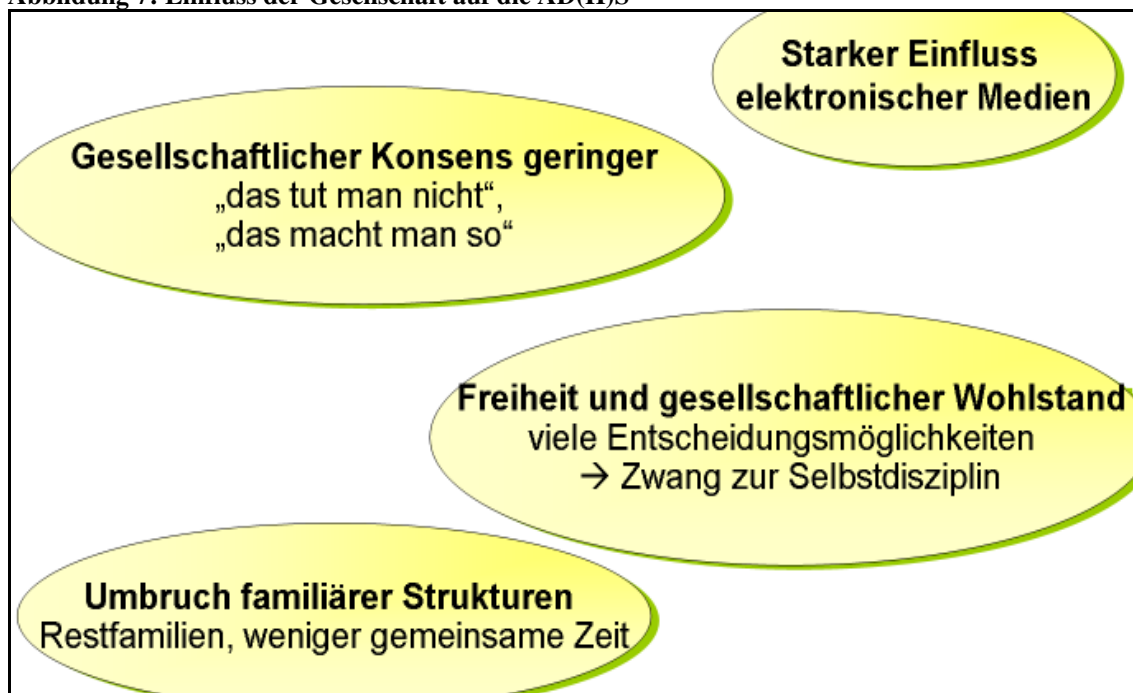
Krankheit ist also ein Zustand, der schnellstens behoben werden muss, um die soziale Rolle erfüllen zu können und damit das System nicht zu stören sowie die soziale Ordnung nicht zu gefährden.

Wie lassen sich aber nun diese drei interessanten und doch unterschiedlichen soziologischen Erklärungsansätze auf den sozialen Alltag AD(H)S Betroffener übertragen und wie können die Theorien vielmehr die individuellen Handlungs- und Verhaltensmuster Betroffener begründen?

## 2.6 Wechselwirkung zwischen Gesellschaft und AD(H)S – eine Zusammenfassung

Die Theorien von Simmel, Beck und Parsons zusammenfassend, sind die gesellschaftlichen Schwierigkeiten, denen AD(H)S Betroffene gegenüberstehen die Folgenden.

Abbildung 7: Einfluss der Gesellschaft auf die AD(H)S



Quelle: Rudolph 2010: 40

Aufgrund der Individualisierung, so stimmen Simmel und Beck überein, werden die schützenden traditionellen Bindungen immer weniger, hingegen ist das Individuum auf sich allein gestellt. Es soll, so Simmel, in den stetig zunehmenden sozialen Kreisen eine Integrationsleistung erbringen, sich jedoch gleichzeitig auch individuell von der Masse abheben. Beck ergänzt, dass die äußeren Vorgaben zu Orientierung im Leben weg brechen und das Individuum gezwungen ist, sich eine eigene Orientierung zu schaffen.

Die Entscheidungsfreiheit der Moderne sowie die geforderte Anpassung an veränderte Umstände in allen Bereichen des Lebens birgt nun die Gefahr vermehrt Fehlentscheidungen zu treffen, die zum Versagen im eigenen Leben führen können. Der Zwang Verantwortung für alles und zu jeder Zeit übernehmen zu müssen wächst und verstärkt sich aufgrund der fehlenden Verlässlichkeit der heutigen Zeit. Hinzu kommen

die steigenden Anforderungen nach Flexibilität, Durchhaltevermögen, Zeit- und Organisationsmanagement, Zeitdruck, Kampfgeist, Anpassung und Integration.

Parsons vervollständigt das Dilemma, indem er auf die Notwendigkeit der Erfüllung der verschiedenen sozialen Rollen hinweist, um die soziale Ordnung der Gesellschaft nicht zu gefährden. Der Druck auf das Individuum wächst weiterhin aufgrund der enormen Verantwortung, die ihm neben der für sein eigenes Dasein vor allem für das Dasein seiner Umwelt aufgebürdet wird. Wer seine Rolle nicht erfüllen kann, sei es durch Krankheit oder andere Umstände, wird des abweichenden Verhaltens stigmatisiert und ausgegrenzt. Sein gesellschaftlicher Wert sinkt aufgrund der Nichterfüllung der geforderten sozialen Leistung. Als Kranker wird er nicht akzeptiert, sondern unterliegt viel mehr der Erwartung, gesund zu werden oder ihm wird die Handlungsfähigkeit abgesprochen.

Die Anforderungen, die die heutige Zeit an uns Menschen stellt, beschreiben Ulrich Beck und Elisabeth Beck-Gernsheim wie folgt:

„Die Individuen müssen, um nicht zu scheitern, langfristig planen und den Umständen sich anpassen können, müssen organisieren und improvisieren, Ziele entwerfen, Hindernisse erkennen, Niederlagen einstecken und neue Anfänge versuchen. Sie brauchen Initiative, Zähigkeit, Flexibilität und Frustrationstoleranz.“ (Beck/Beck-Gernsheim 1994: 15)

Es hat sich eine Gesellschaft entwickelt, in der die Anforderungen ins Unermessliche steigen, mitunter nicht ohne drastische Folgen, wie das nächste Kapitel zeigen wird.

## **2.7 Amerikanisierte Gesellschaften und die PSEUDO-ADD**

Hallowell und Ratey (2010) benennen ähnliche Faktoren, welche die heutige Zeit definieren und sprechen in diesem Zusammenhang von der ‚amerikanisierten Gesellschaft‘. „Hohes Tempo. Sprechblasen. Konzentration auf das Wesentliche. Kurze Einstellungen, schnelle Schnitte. Zappen. Waghalsigkeit. Ruhelosigkeit. Gewalttätigkeit. Angst. Erfindungsgabe. Kreativität. Geschwindigkeit. Gegenwartsbezogenheit, keine Zukunft, keine Vergangenheit. Querdenker. Misstrauen

gegen Autorität. Video. Auf den Putz hauen. Alles muss schnell gehen. Blitzverfahren. Pragmatismus. Hollywood. Börse. Trends. Jagd nach Nervenkitzel.“ (Hallowell/Ratey 2010: 289) All das sind laut Hallowell und Ratey Merkmale einer amerikanisierten Gesellschaft. Sie sprechen zudem von „einer ADDogenen Kultur“, in der wir leben.

Es liegt also anhand der gesellschaftlichen Bedingungen nicht fern zu vermuten, dass jeder Mensch auch ohne AD(H)S symptomähnliches Verhalten als Reaktion auf die Reizüberflutung und Schnelligkeit des derzeitigen Lebens zeigen kann. Dies nennen Hallowell und Ratey „das Phänomen der kulturell induzierten ADD, die [...] PSEUDO-ADD“. (Hallowell/Ratey 2010: 289) Sie soll an dieser Stelle erwähnt werden, da die amerikanisierte Gesellschaft in dieser heutzutage schnelllebigen Zeit in uns allen AD(H)S ähnliche Symptome hervorrufen kann, die sich jedoch nicht in der Biologie des Gehirns begründen lassen, so wie die Krankheit AD(H)S es kann. „Viele der Symptome sind uns allen so geläufig, dass wir das Syndrom sorgfältig analysieren müssen, wenn der Ausdruck ADD eine spezifische Bedeutung haben und nicht nur eine wissenschaftlich klingende Bezeichnung für die Komplexität unseres modernen Lebens sein soll.“ (Hallowell/Ratey 2010: 17)

Es ist also unschwer zu erkennen, welche Leistungen schon ein Mensch, der nicht von AD(H)S betroffen ist, erbringen muss, um allen Anforderungen gerecht zu werden und gleichzeitig seinen eigenen Erwartungen und Bedürfnissen entsprechend ein zufriedenes Leben zu führen, ohne dabei krank zu werden. Auch diese Menschen scheitern nur zu oft an den Anforderungen des modernen Lebens.

Das dies AD(H)S Betroffene eine weitaus größere Anstrengung kostet verbunden mit der Gefahr seelisch und körperlich krank zu werden, dürfte nach der ausführlichen Beschreibung des Krankheitsbildes im ersten Kapitel außer Frage stehen. Es ist also nicht verwunderlich, dass die Krankheit AD(H)S in der heutigen Zeit an Präsenz zunimmt. Führen doch die gesellschaftlichen Gegebenheiten dazu, dass Krankheitssymptome schwerer kompensiert werden können, als dies vor 100 Jahren der Fall war. Bedenkt man, welche Auswirkungen die Symptome auf das Verhalten Betroffener haben, wird deutlich warum es diesen Menschen so schwer fällt, sich anzupassen und deren Verhalten als so auffällig wirkt.

Aufgrund der Inkonsistenz aufmerksam zu sein und der fehlenden Möglichkeit, die eigene Konzentration aufrecht zu erhalten, gehen Betroffenen oftmals viele bedeutsame Informationen verloren beziehungsweise können sie diese erst gar nicht vollständig

aufnehmen. In anbetracht der Tatsache, Betroffene besitzen enorme Schwierigkeiten, sich und ihre Aufgaben zu organisieren, sollten wir verstehen, warum sie den Anforderungen des heutigen gesellschaftlichen Lebens nicht entsprechen können, jederzeit eigenständig und verantwortungsvoll zu handeln. Wie sollen sie in der Lage sein, stets richtige Entscheidungen zu treffen oder verlässlich an sie gestellte Aufgaben erledigen?

Weiterhin sind bei Betroffenen die Toleranz gegenüber Stress sowie die Kontrolle über die eigenen Impulse vermindert. Wie können wir dann von Betroffenen erwarten, dass sie sich stets freundlich, zuvorkommend, nach besten Benimmregeln, sozial angepasst verhalten? Und warum sind uns Ärger und Wut als Reaktion auf unsere Maßregelung infolge des auffälligen Verhaltens gänzlich unverständlich? Ist es nicht nahe liegend, dass Betroffene selbst am wenigsten vom eigenen Verhalten begeistert sind?

Dem Anspruch, die sozialen Rollen einer soweit individualisierten Gesellschaft, an der wir teilhaben, zu erfüllen, kann kaum ein AD(H)S Betroffener entsprechen. Allein der Versuch ist zum Scheitern verurteilt, einerseits aufgrund der Gegebenheiten der Zeit und andererseits aufgrund der Disposition AD(H)S Betroffener. Die Krankheit und die Gesellschaft stehen in einer Wechselwirkung zueinander. Sie bedingen sich gegenseitig. Die Bedingungen der Individualisierung üben einen verstärkenden Einfluss auf das Symptomspektrum Betroffener aus. Diese verschärfte Ausprägung des Erscheinungsbildes bewirkt wiederum in der Gesellschaft die Erwartung, nur die „Besten“ können überleben, zu denen AD(H)S Betroffene im Normalfall nicht gehören, und fordert die Individualisierung weiter heraus.

Betrachtet man also die Veränderungen in der Kulturgeschichte innerhalb der letzten Jahrhunderte, wird klar, welchen Einfluss vor allem das gesellschaftliche Leben auf die Symptomausprägung der schon immer bestehenden biologischen Disposition der AD(H)S besitzt. So entscheidet über das individuelle Verhalten und Handeln im Sinne der Krankheit immer auch das soziale Umfeld, also die Gesellschaft in der wir leben.

Wie geht man nun mit dieser Krankheit um oder wie geht man überhaupt mit einer Krankheit um? Schauen wir uns an, welches Bewältigungs- und Kompensationsverhalten es braucht, trotz allem ein erfülltes Leben zu führen.

### **3 Bewältigung – individuelles Handeln und Verhalten**

Die Schwierigkeiten, auf die Menschen mit AD(H)S im Laufe ihrer Entwicklung treffen sind, wie im letzten Kapitel erläutert wurde, vielfältig und außerdem von enormer Bedeutung für das Verständnis dafür, welche Kräfte AD(H)S Betroffene aufbringen müssen um die Anforderungen des Lebens zu bestehen. Viele AD(H)S Betroffene meistern ihr Leben trotz des sehr großen Leidensdrucks hervorragend auch ohne fachqualifizierte Hilfe. Dazu bedarf es der Möglichkeit der Bewältigung, die sich Betroffene in ihren individuellen Lebenszusammenhängen erarbeiten und suchen müssen. Auf das Bewältigungsverhalten allgemein und auch auf das von AD(H)S Betroffenen wird im Folgenden ein näherer Blick geworfen.

#### **3.1 Bewältigung und Kompensation**

Um ein nach seinen eigenen Vorstellungen erfolgreiches und zufrieden stellendes Leben führen zu können, bedarf es einer Persönlichkeits-/Identitätsentwicklung eines jeden Menschen und der Ausbildung einer positiven Definition seiner Selbst. Ein solches Selbstkonzept muss, den Herausforderungen der an den Menschen gestellten Entwicklungsaufgaben zum Trotz, aufrechterhalten werden. Es gilt, die Resilienz zu fördern, die Fähigkeit, eine solche Aufgabe zu meistern, obgleich erlebter Tiefschläge und Verlusterlebnisse, die einem Menschen im Leben passieren.

Im Lehrbuch der „Entwicklungspsychologie“ von Montada und Oerter schreibt Ulman Lindenberger (2002) im Zusammenhang mit der Entwicklung im „Erwachsenenalter und Alter“ in Bezug auf Persönlichkeitsentwicklung und Bewältigungsverhalten (Coping) Folgendes: „Demnach stellen Entwicklungsaufgaben Herausforderungen (Stressoren) dar, die Personen auf unterschiedliche Weise bewältigen können. Generell scheint die Resilienz des Selbst zu steigen, wenn Personen auf eine Vielzahl unterschiedlicher Bewältigungsformen zurückgreifen können [...], dass ein großes Repertoire an Selbst-Definitionen und Bewältigungsformen die Wahrscheinlichkeit erhöht, den Anforderungen einer bestimmten Herausforderung angemessen begegnen zu



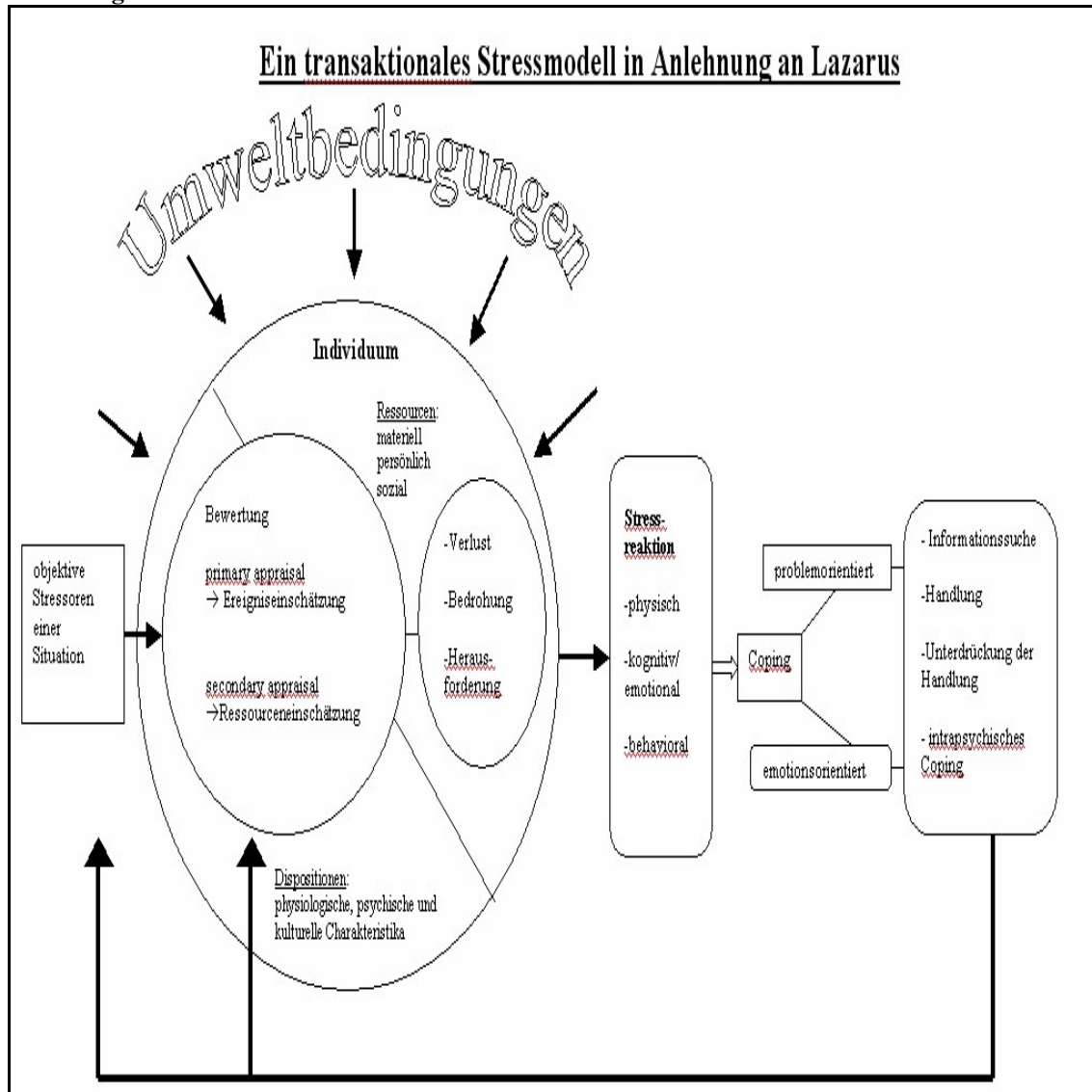
können. Selbst-Definitionen und Bewältigungsformen sind in diesem Sinne, ähnlich wie kognitive Fähigkeiten, als personale Ressourcen zu sehen.“ (Lindenberger 2002: 389)

Inge Seiffge-Krenke (2002) fügt außerdem hinzu, dass in Anlehnung an das Stressmodell von Lazarus der subjektiv empfundene Stress Folge eines dynamischen Aushandelns zwischen dem tatsächlichen Stress und den vorhandenen Ressourcen zur Bewältigung ist. Seiffge-Krenke unterscheidet zwischen zwei Arten von Stressoren, den kritischen Lebensereignissen wie Tod, Krankheit oder Scheidung einerseits und den alltäglichen Belastungen, den so genannten daily hassles auf der anderen Seite. Die Stressoren werden anhand von zwei Phasen bewertet, in der primary appraisal (Primäre Einschätzung) nach den Stressaspekten, in der secondary appraisal (Sekundären Einschätzung) nach persönlichen Ressourcen. Insofern entscheiden die persönliche Bewertung darüber, was als Stress empfunden wird und der Copingstil darüber, ob Krankheit infolge von Stress entsteht. (vgl. Seiffge-Krenke 2002: 841f.)

Lazarus benennt in seinem Modell zwei Grundtypen von Coping, das „problemorientierte Coping“ und das „emotionsorientierte Coping“. Bei der Bewältigungsform der Problemorientierung steht das Herangehen an das Problem, also das Handeln zur Beseitigung des Problems, im Vordergrund. Die Bewältigung anhand der Emotionsorientierung hingegen zielt auf eine Reduktion der belastenden Gefühle ab. (vgl. Müller 2011)

Das Modell von Lazarus zu schematisch zu verdeutlichen, versucht die folgende Abbildung.

Abbildung 8: Das Stressmodell nach Lazarus



Quelle: Müller 2011

Neben dem Modell von Lazarus ist ein weiteres für das Verständnis von AD(H)S von Bedeutung. Wie und auf welche Art eine Anpassung an neue Herausforderungen erfolgt, hängt wie oben erwähnt laut Lindenberger (2002) bei jedem Menschen von den individuellen Gegebenheiten zur Selbstregulation ab. Lindenberger bezeichnet Selbst-regulative Prozesse als Anpassungsleistung, die sich zu „dem Erlangen, Aufrechterhalten und Wiedergewinnen von angestrebten Selbst-Zuständen“ (Lindenberger 2002: 382) eignen und bezieht sich dabei vor allem auf das Prinzip der „Assimilation und Akkommodation als Selbst-regulatorischen Prozess“ zur Bewältigung in der Persönlichkeitsentwicklung im Erwachsenenalter. Assimilation bezeichnet jenes Bewältigungsverhalten, welches problemorientiert die Zielumsetzung

direkt anstrebt oder aber die Umwelt dahingehend beeinflusst, das Missverhältnis von Ausgangs- und Zielsituation zu minimieren, dass eine direkte Zielumsetzung möglich wird. Akkommodation hingegen strebt die realistische Einschätzung zum Erreichen gesetzter Ziele an, mit der Absicht einer Modifikation der Zielstellung und „Reduktion des Anspruchsniveaus“. (vgl. Lindenberger 2002: 390)

Den Modellen der Bewältigung soll ein sehr wichtiger Aspekt, der Aspekt der sozialen Unterstützung, ergänzt werden, den Seiffge-Krenke ebenfalls (im Kapitel „Gesundheit als Gestaltungsprozess“) beschreibt. Soziale Unterstützung und Integration dienen als Schutzfaktor vor gesundheitlicher Schädigung durch Stressoren. Alleine die fehlende soziale Integration kann gesundheitliche Probleme hervorrufen ohne dass es weiterer Stressoren bedarf. Als persönliche Ressource aber auch als individueller Auslöser muss daher dieser Faktor immer im Bewusstsein bleiben. (vgl. Seiffge-Krenke 2002: 844)

In Anlehnung an das Modell von Lazarus lässt sich Coping in Bezug auf AD(H)S im Sinne der Krankheitsbewältigung definieren, als „das Bemühen [...], bereits bestehende oder erwartete Belastungen durch die Krankheit innerpsychisch (emotional/kognitiv) oder durch zielgerichtetes Handeln aufzufangen, auszugleichen, zu meistern oder zu verarbeiten.“ (Heim/Willi 1986b: 367) Coping ist dann von Nöten, wenn die emotionale Belastung das seelische Gleichgewicht zu zerstören droht. Es ist der Versuch, die Ursachen der Überlastung auszuschalten und damit das Bestehen von Selbstkontrolle und Eigenständigkeit nicht zu gefährden.<sup>4</sup> (vgl. Heim/Willi 1986a: 131)

Dieser Mechanismus scheint bei AD(H)S Patienten mehr oder minder angebracht zu sein, gibt es doch gerade bei dieser Krankheit zahlreiche Verhaltensweisen, die es gilt, zu kompensieren um sich dem Umfeld anzupassen. Eben die fehlende Kompensation kann zum Verlust der Fähigkeit zur sozialen Anpassung und Lebensbewältigung führen, mit der Folge von auffälligem, unangepasstem Verhalten bis hin zur psychotischen Störung. (vgl. Heim/Willi 1986a: 132)

Die Auswirkungen dessen sind bei dem Krankheitsbild der AD(H)S oftmals Komorbiditäten, die entweder in Folge der Dekompensation oder aber auch als Kompensationsstrategien genutzt werden. Einige, der psychotische Komorbiditäten, die

---

<sup>4</sup> Vgl. Kapitel 1.5 – Positive Eigenschaften der AD(H)S - Stärken

im Zusammenhang mit AD(H)S auftreten, können als Bewältigungsverhalten verstanden werden.

Betroffene nutzen beispielsweise die Angst dazu, ihre Defizite bezüglich der Organisation zu kompensieren. Hallowell und Ratey (2010) schreiben dazu: „Die versteckte Angst ist ein unglaubliches Phänomen, aber wir erleben sie häufig in unserer Praxis. Es ist die Angst oder Sorge, die sich der betreffende Mensch aktiv sucht. Der Patient [...] beginnt häufig den Tag oder irgendwelche Ruhepausen damit, hastig seinen inneren Horizont abzusuchen mit dem Ziel, irgendetwas zu finden, worüber er sich Sorgen machen kann. [...] Ganz gleich, wie trivial der Gegenstand oder wie quälend die Sorge ist, er hält sie wach [...]. Sie benutzen die Sorge tatsächlich als Hilfsmittel zur Organisation ihrer Gedanken.“ (Hallowell/Ratey 2010: 237)

Ein weiteres Phänomen zur Bewältigung der AD(H)S ist der Substanzmissbrauch, von dem Betroffene als eine Art Kompensation häufig Gebrauch machen. Substanzen werden zur Selbstmedikation genutzt, in der Hoffnung die eigene Destrukturiertheit im Kopf zu bewältigen. (vgl. Aust-Claus/Claus/Hammer 2002: 99, Krause/Krause 2009: 116, Hallowell/Ratey 2010: 261ff)

Als Beispiel für einen komorbiden Bewältigungsversuch kann ebenso die Zwangsstörung herangezogen werden. „Manche erwachsene Patienten versuchen ihre Defizite hinsichtlich Konzentration und Organisation durch sehr rigide Verhaltensweisen zu kompensieren und erwecken dadurch den Anschein erheblicher Kontrolliertheit. [...] Während sie in vielen Lebensbereichen hoffnungslos chaotisch sind, halten manche Erwachsene mit ADHS in einem ganz speziellen Interessenbereich zwanghaft extreme Ordnung.“ (Krause/Krause 2009: 141)

Dass jedoch auch infolge nicht bewältigbarer Belastungen (Willi spricht wie oben erwähnt von Dekompensation), psychotische Störungen auftreten können, zeigt das Auftreten von Begleiterkrankungen wie Depressionen, Ess-Störungen, posttraumatischen Belastungsstörungen, Schlafstörungen sowie Borderline-Persönlichkeitsstörungen.<sup>5</sup>

Allen psychotischen Komorbiditäten gemein ist die Tatsache, dass sie eben krankhaft und behandlungsbedürftig sind, da sie, wenn auch als Kompensationsstrategie oder –verhalten entwickelt und genutzt, mit ihrem ebenfalls zerstörerischen Charakter genau

---

<sup>5</sup> Vgl. Kapitel 1.3 – Schwierigkeit der Diagnostik

wie die Grunderkrankung AD(H)S das seelische Gleichgewicht angreifen und die Gesundheit gefährden.

An einem ausgewählten Konzept der Bewältigung, dem Konzept der Salutogenese, soll nun verdeutlicht werden, wie Gesundheit entsteht und erhalten bleibt.

### **3.2 Ein Konzept des Herangehens - Salutogenese**

„Salutogenese“ ist ein Konzept der Gesundheitsentstehung von Aaron Antonovsky, welches beim Menschen die Fähigkeit voraussetzt, dass eigene Leben sinnvoll und im Zusammenhang zu verstehen, aktiv mitgestalten und somit Gesundheit beeinflussen zu können (Kohärenzgefühl). Dieses Konzept widmet sich der Entstehung von Gesundheit (Salutogenese) statt, wie in der Medizin bisher üblich, vordergründig den Blick auf die Pathogenese (Entstehung von Krankheit) zu richten. Anwendung findet die Salutogenese als multidisziplinäres Modell sowohl in Sozial- und Gesundheitswissenschaften als auch in der Medizin. Es dient als „theoretisches Fundament für eine Neuorientierung der Gesundheitsförderung“ (Abel/Kolip/Wydler 2006: 12)

Neben dem beschäftigt sich die Salutogenese, wenn auch zweitrangig, mit der Identitätsentwicklung innerhalb eines sozialen Umfelds. Abel, Kolip und Wydler (2006) beschreiben in ihrem Buch die Identitätsentwicklung in der heutigen Zeit als erschwert, da sich aufgrund der Industrialisierung und der zunehmenden Individualisierung „traditionelle Sinngebungsstrukturen“ sowie „Bedingungen und Bedeutungen von Gesundheit“ verändern.<sup>6</sup> Um der Sinnentleerung des von Globalisierung geprägten Lebens entgegenzuwirken, ist Vertrauen von Nöten, welches uns vor Unsicherheit und Hoffnungslosigkeit schützt. „Das Kohärenzgefühl beschreibt in dieser Perspektive die Fähigkeit, angesichts vielfältiger gesellschaftlicher Optionen ein Gefühl von Verstehbarkeit (in den Dimensionen der Reflexivität von Identität und gesellschaftlichem Umfeld), von Sinnhaftigkeit (in der Überwindung von ‚existentieller Angst‘ und der Bildung ‚ontologische Sicherheit‘) und der Handhabbarkeit (in der Dimension der Bildung des Selbst) zu entwickeln.“ (Abel/Kolip/Wydler 2006: 14) Für

---

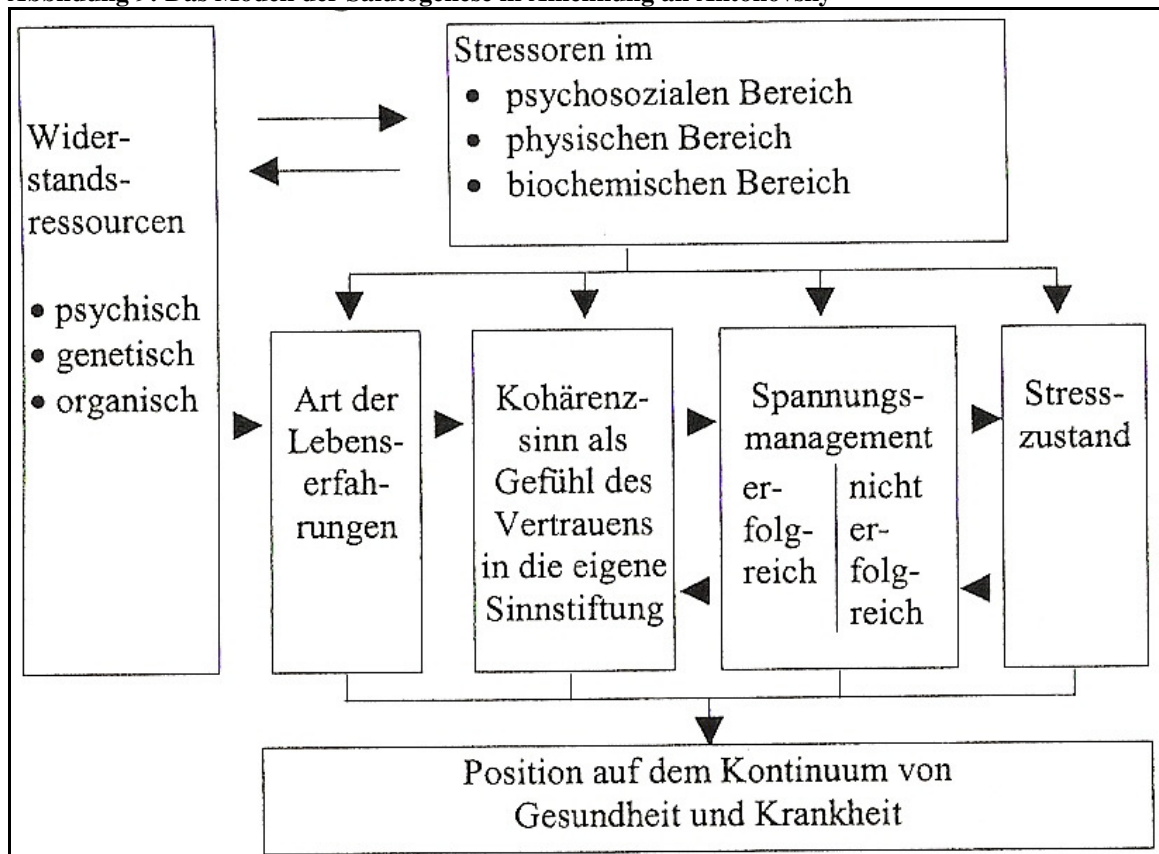
<sup>6</sup> Vgl. Kapitel 2.4 – Moderne Soziologie

die Ausprägung des Kohärenzgefühls müssen alle drei Aspekte erfüllt sein. Der Sinnhaftigkeit des eigenen Daseins kommt dabei die größte Bedeutung zu.

Antonovsky unterscheidet bei der Entstehung und Förderung der Gesundheit zwei Faktoren - die inneren und äußeren Widerstandsressourcen. Äußere Ressourcen sind die soziokulturellen Faktoren, die uns Sicherheit und Schutz bieten, die Umgebungsfaktoren zur physischen Absicherung. Die inneren Ressourcen hingegen sind die tief in uns angelegten Gefühle des Vertrauens in uns selbst und unser Dasein, die uns Sinn und damit Halt im Leben geben. (vgl. Schiffer 2001: 14ff.)

Es ist letztlich das Kohärenzgefühl, welches darüber entscheidet, ob wir die an uns gestellten Anforderungen als Herausforderungen oder aber als Stressoren ansehen, die unsere Gesundheit angreifen.

**Abbildung 9: Das Modell der Salutogenese in Anlehnung an Antonovsky**



Quelle: Hurrelmann 2000: 58

Was würde nun Salutogenese als ein Konzept des Herangehens an die Krankheit AD(H)S in der praktischen Arbeit bedeuten?

Da es laut dem Konzept der Salutogenese eines gut ausgeprägten Kohärenzgefühls bedarf, belastende Situationen zu überstehen, gilt es also im Umkehrschluss dieses zu fördern. Der Patient sollte dahingehend unterstützt werden, eine solche Kompetenz aufzubauen, indem er sein Dasein trotz aller Widrigkeiten mit Verstehbarkeit, Handhabbarkeit und Sinnhaftigkeit erfüllt. Dazu ist es ebenso notwendig, eine eigene Identität zu entwickeln.

Wie wichtig und schwierig zu gleich es jedoch ist, unter den Bedingungen der Individualisierung eine standhafte Persönlichkeit zu entwickeln, ist bereits im Kapitel 2 – Die Krankheit in der Gesellschaft dargestellt worden. Stets die für das eigene Leben richtigen Entscheidungen zu treffen sowie die eigene Identität im stetigen Wandel aufrechtzuerhalten oder aber auch anzupassen, stellt eine enorme Herausforderung an den Menschen dar.

Auch Schiffer verweist in seinem Buch zur Salutogenese auf die Gefahr der „Überanstrengung und Überforderung“, welche die „ständig notwendigen Positionskorrekturen“ mit sich bringen. In diesem Zusammenhang erwähnt er das „Hyperaktivitäts- und Aufmerksamkeitsdefizit-Syndrom“ als mögliche Überlastungsreaktion auf die Individualisierung. (vgl. Schiffer 2001: 86)

Gerade AD(H)S Betroffenen fällt es angesichts der durch die Symptomatik hervorgerufenen Schwierigkeit sich eigenständig zu strukturieren und organisieren schwer, den hohen gesellschaftlichen Erwartungen zu entsprechen. Hinzu kommt die oft enorme Selbstwertproblematik, die durch negative Erfahrungen aufgrund mangelnder Anpassung im Leben geprägt ist. Eine Behandlung von AD(H)S Betroffenen nach dem Salutogenesekonzept sollte dementsprechend vorrangig darauf abzielen, dem Patienten die Stärken, die mit der Krankheit einhergehen, sowie die genutzten Bewältigungsstrategien aufzuzeigen.

AD(H)S sollte nicht als Krankheit sondern als individuelles Verhaltensmuster angesehen werden, welches es biologisch begründet, zu akzeptieren gilt. Mit dieser Herangehensweise sollte dem Patienten klar werden, dass er genau wie jeder Nichtbetroffene sowohl positive Eigenschaften besitzt als auch Defizite im Verhalten. Nicht die Defizite gilt es zu eliminieren, sondern vielmehr sollte durch Würdigung und Stärkung der bereits vorhandenen Kompensationsstrategien versucht werden, Defizite zu reduzieren oder zu verdecken. Im Vordergrund stehen dabei der Aufbau des Selbstwertes und die Stärkung des Selbstbewusstseins.

Der Betroffene muss die Eigenständigkeit wiedererlangen, sein Leben positiv zu beeinflussen und in die gewünschte Richtung lenken zu können. Er benötigt an ihn gestellte Aufgaben, deren Erfüllung Erfolgserlebnisse darstellen und seine Selbständigkeit fördern. Durch wiedererlangte Partizipation sowie Integration und soziale Unterstützung wird das Streben nach Autonomie und damit der Sinn des eigenen Daseins perspektivisch erzielt.

Zur salutogenetischen Herangehensweise an die Behandlung der AD(H)S gibt es eine Pilotstudie „bezüglich der Wirkung von Improvisationstheater auf die psychosozialen Folgen des AD(H)S“ (Beerwerth/Kappenberg/Papen/Puls 2010: 3). Diese wurde durchgeführt von der AD(H)S-Erwachsenen-Selbsthilfegruppe-Münster im ADHS Deutschland e.V. und kam zu signifikanten Ergebnissen. Nach einem Jahr Improvisationstheater verhielten sich die Teilnehmer weniger neurotisch, Lebensqualität und Befindlichkeit haben sich deutlich verbessert. Belastungen psychosomatischer Art ließen nach, da die Verarbeitung eigener negativer Emotionen besser gelang.

„Nicht geändert haben sich Extraversion und Depression. Sie werden als Ausdruck der Kernsymptomatik mit den Varianten hyper- oder hypoaktiv gewertet.“ (Beerwerth/Kappenberg/Papen/Puls 2010: 3) Zudem hatte das Training eine angstlösende Wirkung und konnte dazu beitragen, soziale Kompetenzen zu schulen. Festgestellt wurde außerdem die Übertragbarkeit auf Alltagssituationen. (vgl. Beerwerth/Kappenberg/Papen/Puls 2010: 3)

Im folgenden Kapitel soll nun die praktische Umsetzung gelingen, indem die Vielfalt der Möglichkeiten zur Behandlung der AD(H)S erklärt und der Stellenwert der Sozialen Arbeit bei dessen Umsetzung herausgearbeitet wird.

## **4 Hilfestellung und Behandlung**

### **4.1 Therapie**

Nach dem die Diagnose AD(H)S gestellt wurde, ist es möglich eine individuelle Therapie zu planen. Gemäß dem Salutogenese-konzept sollte sich diese an den



individuellen Ressourcen des Patienten orientieren. Das bedeutet, nicht die Schwierigkeiten der AD(H)S und die Krankheit selbst stehen im Vordergrund der Therapie, „vielmehr werden Wege gesucht, damit kreativ umzugehen. Die Suche nach den Stärken ist dazu der erste Schritt“. (Beerwerth 2006: 211)

In diesem Zusammenhang ist es bedeutsam auf die Methode der „Einzelfallhilfe“ und deren Begründerin Mary Richmond (1861 – 1928) zu verweisen. Als eine der klassischen Methoden der Sozialen Arbeit zielt sie darauf, eine Verhaltensmodifikation bei dem Klienten innerhalb der Interaktion zwischen Individuum und Umfeld herzustellen. Dabei stehen die individuellen Schwierigkeiten des Patienten im Vordergrund. Die Aufgabe des Sozialarbeiters ist, diese Schwierigkeiten gemeinsam mit dem Klienten zu analysieren und darauf abgestimmt einen Hilfeplan zu entwickeln. Schwerpunkt der Einzelfallhilfe ist die soziale Anpassung des Klienten an sein Umfeld, um dessen Handlungsfähigkeit und Eigenständigkeit zu verbessern oder auch wiederherzustellen. (vgl. Galuske 1998: 67ff.) Die Einzelfallhilfe stellt dabei eine therapeutische Intervention dar, die im Fall der Behandlung der AD(H)S andere Therapieformen unterstützen und somit die gesamte Behandlung erfolgreich ergänzen kann.

Am Anfang jeder erfolgreichen Behandlung steht laut Krause und Krause (2009) die Aufklärung über die Krankheit. Die Diagnose ist also selbst bereits der Anfang der Therapie. „Häufiger als bei anderen Störungen hat schon das Erstellen der ADD-Diagnose eine starke therapeutische Wirkung.“ (Hallowell/Ratey 2010: 325f.) Aufgrund der Probleme mit dem eigenen Selbstwertgefühl muss außerdem eine psychotherapeutische Begleitung erfolgen. Zudem ist eine medikamentöse Therapie angeraten bzw. von Nöten. Dazu werden vordergründig Stimulanzien, z.B. Methylphenidat, verwendet. Auch die Verhaltenstherapie kann Linderung der Beschwerden schaffen, zielt sie doch darauf, eingefahrene Verhaltensmuster grundlegend zu ändern. Krause und Krause empfehlen darüber hinaus „wegen tiefgreifender Störung des Selbstwertes und der Autonomieentwicklung häufig eine tiefenpsychologisch orientierte Langzeittherapie als begleitende Maßnahme.“ (Krause/Krause 2009: 177)

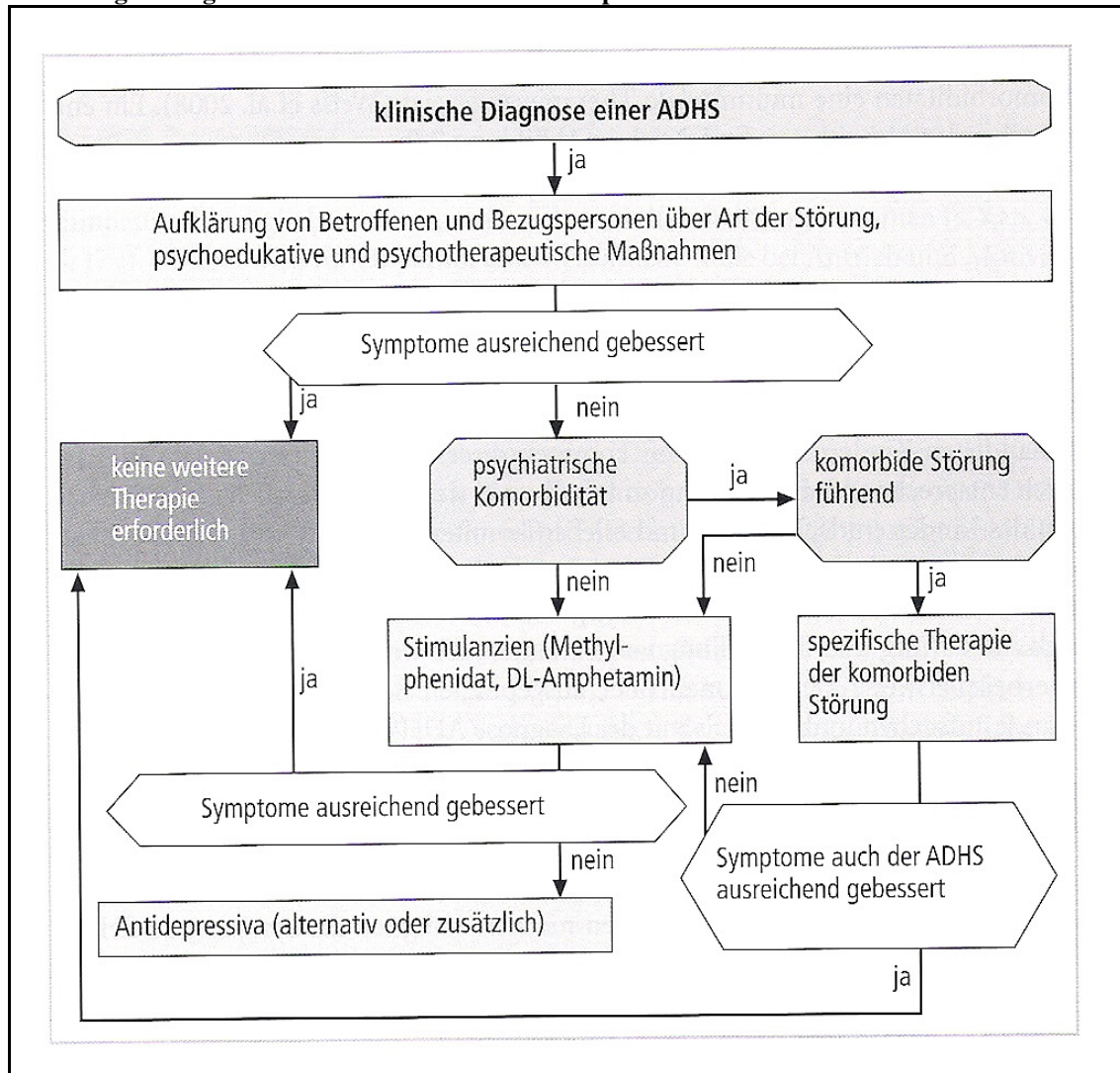
Hallowell und Ratey (2010) beschreiben in ihrem Buch das in Amerika etablierte und mit Erfolg angewandte Konzept des „Coaching“, welches im Kapitel 4.3 – Multimodale Behandlung näher erklärt wird. Auch Krause und Krause (2009) empfehlen nach diesem Konzept zu arbeiten, bemängeln jedoch die fehlenden Therapieoptionen durch deutsche Krankenkassen. (Krause/Krause 2009: 177)

In Deutschland gehört das Konzept des Coaching nicht in den Katalog der Krankenkassen. Die Möglichkeit der Abrechnung über die Krankenkasse besteht einzig bei psychologischen Therapieformen, wie Verhaltenstherapie, die vom behandelnden Arzt als notwendig erachtet werden müssen. Lediglich im Kindes- und Jugendalter können in hierzulande Leistungen wie Coaching oder Alltagsbegleitung abgerechnet werden, jedoch nicht als Leistung der Krankenkasse sondern des 8. Sozialgesetzbuches. Dieses regelt die Kinder- und Jugendhilfe. Gemäß §27 SGB VIII hat ein Personensorgeberechtigter Anspruch auf Hilfe zur Erziehung, wenn eine defizitäre Lage bei der Erziehung des Kindes besteht. Eine weitere Möglichkeit bietet der §35a SGB VIII, welcher seelisch behinderten Kindern Eingliederungshilfe zusichert. (vgl. Stascheit 2006: 1059ff.) Für Erwachsenen bestehen dahingehend keine Möglichkeiten zur Finanzierung einer Therapie im Sinne der alltäglichen Unterstützung und des Coaching.

Aufgrund der häufig auftretenden Komorbiditäten bei AD(H)S sprechen sich Krause und Krause (2009) für eine multimodale Therapie aus, die in der folgenden Abbildung dargestellt ist. Die einzelnen Bausteine einer multimodalen Therapie werden im Kapitel 4.3 – Multimodale Therapie ausführlich beleuchtet.

Vorher ist wichtig zu betrachten, unabhängig von der angestrebten Therapieform, was der Klient direkt im Anschluss an die Diagnosestellung benötigt, nämlich vor allem Verständnis und Aufklärung zur Krankheit.

**Abbildung 10: Algorithmus zur multimodalen Therapie**



Quelle: Krause/Krause 2009: 177

## 4.2 Verständnis & Aufklärung

Wie oben schon erwähnt, beginnt die Therapie im Fall AD(H)S bereits mit der Diagnosestellung. Plötzlich gibt es einen Namen für das, was ein AD(H)S Betroffener sein Leben lang ertragen hat und bisher nicht zu definieren vermochte. Die Diagnose kommt einer Art Befreiung gleich. Hinzu kommt die Tatsache, seine lebenslangen Schwierigkeiten nun endlich begründen zu können, ohne das eigene Handeln als Versagen ansehen zu müssen.

Um sich selbst und anderen sein eigenes Verhalten zu erklären, müssen dem Betroffenen infolge der Diagnosestellung alle Facetten dieser Krankheit dargelegt

werden. Je mehr der Betroffene über die Krankheit und deren Auswirkungen weiß, umso besser kann er sich und seine Lebensgeschichte verstehen. „Man muss ein Gefühl dafür bekommen, dass man einen ‚anderen Wahrnehmungs- und Reaktionsstil‘ hat.“ (Neuhaus 2009: 219) Die Aufklärung ist außerdem die Basis für den Betroffenen, zu erkennen, welche Art von Hilfe er benötigt. (vgl. Hallowell/Ratey 2010: 325ff.)

Egal, wem sich der AD(H)S Betroffene bezüglich einer Behandlung anvertraut, für ihn ist es von großer Bedeutung eine gute Beziehung zu seinem Therapeuten aufzubauen. Laut Hallowell und Ratey (2010) ist es die Aufgabe des Therapeuten, den eigenen Blick weg von der Symptomatik der AD(H)S hin zum Patienten zu richten und herauszufinden, welche Besonderheiten dieser mitbringt. Ein ernst gemeintes Interesse an dem Menschen hinter der AD(H)S ist Voraussetzung für den therapeutischen Erfolg des Patienten, dem anfänglich nichts mehr helfen kann als Verständnis. „Das innere Gefühl, verstanden worden zu sein, kann mehr Wunden heilen als irgendein Medikament, freundliche Worte oder Ratschläge.“ (Hallowell/Ratey 2010: 339) Gleiches gilt für alle Person, die dem Betroffenen neben dem Therapeuten in irgendeiner Art und Weise zu helfen versuchen.

Beerwerth (2006) schreibt in seinem Buch: „Die Zusammenarbeit mehrerer Stellen, etwa der Selbsthilfegruppe (Ausbildung), eines [...] Coaches (tägliche Führung), einer psychologischen Einrichtung (Diagnose, Krisenintervention) und eines Psychiaters (Medikation) ist der beste Weg zum Erfolg.“ (Beerwerth 2006: 228)

Dieser Weg soll verfolgt und untersucht werden, beginnend mit der medikamentösen Behandlung.

## 4.3 Multimodal Behandlung

### Medikation

Es gibt verschiedene Medikationen, die bei AD(H)S Gebrauch finden. In diesem Zusammenhang soll auf die einzelnen Medikamente<sup>7</sup> nicht eingegangen, sondern auf die Notwendigkeit der medikamentösen Behandlung im Allgemeinen hingewiesen werden.

Als Teil einer multimodalen Therapie ist die Medikation dafür zuständig, typische Kernsymptome der AD(H)S wie Ablenkbarkeit, Unkonzentriertheit und Impulsivität zu reduzieren. Medikamente können die Symptome lediglich lindern und zu einem besseren Zurechtkommen mit sich und seiner Umwelt sowie im Alltag verhelfen. Heilen können sie die Krankheit nicht. Die Entscheidung über die Einnahme eines Medikaments liegt beim Klienten. Da viele Vorurteile und dementsprechend oft Ablehnung bezüglich der Medikation bestehen, bedarf es viel Zuwendung, Verständnis und einer umfangreichen Aufklärung zur Wirkungsweise seitens des behandelnden Arztes. Hinsichtlich der Dosierung gibt es keine Standards für AD(H)S Betroffene. Die Dosierung muss getestet und auf jeden Klienten individuell eingestellt werden. Dies benötigt durchaus einige Zeit sowie viel Geduld und sollte daher vom behandelnden Arzt motivierend und aufbauend begleitet werden. Um herauszufinden, ob und wie die Medikation wirkt, sollten Angehörige oder Freunde hinzugezogen und befragt werden, da der Klient selbst unter Umständen die Veränderung seines Verhaltens kaum bemerkt oder deuten kann. (vgl. Hallowell/Ratey 2010: 353ff.)

Zu beachten ist, dass eine medikamentöse Behandlung ausschließlich einen Teil der Behandlung von AD(H)S darstellt. Ohne weitere Hilfen, die eigene Handlungsfähigkeit beizubehalten oder auch wiederherzustellen, wird sie nicht den gewünschten Effekt erzielen. In Kombination zur Medikation ist eine psychologische Unterstützung angeraten.

---

<sup>7</sup> Eine ausführliche Erläuterung zu den einzelnen Medikamenten ist in Krause und Krause (2009) ab S. 179 zu finden.

## **Psychotherapie**

Eine Psychotherapie zur Behandlung der AD(H)S ist laut Krause und Krause (2009) gerade dann von Nöten, wenn AD(H)S Betroffene aufgrund der wirkenden Medikation merken, dass ihre Erkrankung schon vor Jahren behandelbar gewesen wäre. Hätten sie schon eher davon erfahren, wäre ihnen viel Leidensdruck erspart geblieben. „Es kann bitter sein, sich bewusst zu werden, welche Chancen und Möglichkeiten man sich damit möglicherweise verbaut hat, einem verbaut wurden.“ (Neuhaus 2009: 219)

Diesen Zustand beschreiben Krause und Krause (2009) als einen Prozess der Trauer, der mit psychologischer Unterstützung überwunden werden kann. Die psychotherapeutische Begleitung hilft dem Patienten darüber hinaus, frühere negative Erfahrungen infolge der AD(H)S zu benennen und aufzuarbeiten. Die Psychotherapie ist insofern anzuraten, da sie den Patienten in seiner Entwicklung unterstützt, sich mit seiner Krankheit auseinanderzusetzen. Dies bedarf einer Beziehung zwischen Therapeut und Patient, wie oben beschrieben, die sich im Laufe der Zeit entwickeln muss. „Die Bereitschaft, sich einer Problembewältigung zu stellen, wächst mit zunehmender Vertrauensbildung.“ (Krause/Krause 2009: 229)

Welche Art von Therapie für den Klienten angemessen ist, hängt von seinen persönlichen Gegebenheiten ab. So ist in jedem Fall eine verhaltenstherapeutische Behandlung angebracht, die dem Klienten helfen kann, Struktur in sein alltägliches Chaos zu bringen. Aufgrund der enormen Selbstwertproblematik bei AD(H)S erscheint die Verhaltenstherapie allein jedoch nicht ausreichend.

Zur weiteren psychologischen Unterstützung hinsichtlich traumatisierender Erfahrungen und des schlechten Selbstwertes des Klienten stehen psychoanalytische und tiefenpsychologische Verfahren zur Verfügung. Bei solchen Verfahren muss beachtet werden, dass eine Behandlung im Sinne der klassischen Psychoanalyse nicht zu empfehlen ist. Der AD(H)S Betroffene benötigt im therapeutischen Setting aufgrund seiner Reizoffenheit und Konzentrationsschwäche keinen Analytiker, der sich der Interaktion entzieht und nur zuhört. Vielmehr hilft ihm der Analytiker, der als Lotse fungiert und den Betroffenen in seine Ausführungen strukturiert. (vgl. Krause/Krause 2009: 228ff.)

Hallowell und Ratey (2010) schreiben dazu:

„Wenn Sie ADD haben, benötigen Sie den Therapeuten als Wegweiser durch Ihre Gedanken und Assoziationen, der Ihnen hilft, eine Rangordnung zu schaffen und sich auf Wesenseigenes zu konzentrieren und Wesensfremdes zu übersehen. Wenn Sie dabei eine Perle übersehen, ist das schade; aber besser, als die ganze Therapie damit zu verbringen, Austern ohne Perlen zu öffnen.“  
(Hallowell/Ratey 2010: 343)

Neben den verschiedenen Arten der therapeutischen Unterstützung ist es enorm wichtig, dem Klienten vor allem eine soziale Unterstützung zu kommen zu lassen. Dazu zählen das „Coaching“ zur Begleitung im Alltag sowie die Selbsthilfegruppe als Interessengemeinschaft und zum Austausch. Welche Bedeutung Coaching in der Behandlung von AD(H)S Betroffenen zukommt, wird im Folgenden erklärt.

### **Coaching**

Coaching lässt sich zu den Methoden der Pädagogik zählen. Diese verfolgt das Ziel bei dem Klienten eine Verhaltensänderung beziehungsweise Verhaltensoptimierung hervorzurufen. Dabei spielt vor allem die Motivation eine große Rolle, die der Coach bei dem Klienten erzeugen muss, um die lange Zeit des Übens durchzuhalten. Bis ein Verhalten internalisiert ist, bedarf es einer Menge Zeit und Disziplin. Diese aufrechtzuerhalten, ist eine weitere Aufgabe des Coaches. Außerdem zeichnet sich Coaching dadurch aus, dass es direkt in den alltäglichen Situationen Anwendung findet und Verhaltensweisen nicht in einem externen Setting einzuüben versucht, die der Klient später übertragen muss. (vgl. Beerwerth/Beerwerth 2008)

Coaching ist keine eigenständige Therapieform und steht keinesfalls in Konkurrenz zu den psychologischen Behandlungsmethoden. Als ergänzende Therapie bezieht diese jedoch den Alltag mit ein und bietet eine praxisbezogene Hilfe an. Der Coach sollte über die Umstände und Entwicklungen sowie Ziele der psychologischen Begleitung bescheid wissen, um im Sinne einer multimodalen Therapie handeln zu können. (vgl. Krause/Krause 2010: 250)

Ein Coach hat verschiedene Aufgaben zu erfüllen. Als täglicher Alltagsbegleiter fungiert er, indem er allem vorweg dem AD(H)S Betroffenen Verständnis entgegen bringt, seine Motivation und sein Belohnungssystem anregt, ihm Gefühle und

emotionale Ausbrüche spiegelt und ihn gleichzeitig vor allem an die Erfüllung seiner Aufgaben erinnert. (vgl. Beerwerth 2006: 229)

Hallowell und Ratey (2010) beschreiben den Coach nach ihrem Verständnis und um die Notwendigkeit des Trainers zu verdeutlichen, wie folgt:

„Ein Mensch, der mit der Trillerpfeife um den Hals an der Seitenlinie steht und dem Spieler auf dem Spielfeld Aufmunterungen, Anweisungen und Ermahnungen zuruft. Der Trainer kann manchmal ein Plagegeist sein, wenn er den Spieler antreibt, im Spiel nicht nachzulassen, und der Trainer kann ein Trostspender sein, wenn der Spieler das Gefühl hat, dass er am liebsten aufgeben würde. Vor allem sorgt der Trainer dafür, dass der Spieler bei der Aufgabe, die er zu erledigen hat, konzentriert bleibt, und spornt ihn bei der Arbeit an. [...] Ein Trainer, jemand am Spielfeldrand, kann den ADD-Geist anschreien, wenn er wieder in das alte negative Fahrwasser gerät, und ihn auf positiven Kurs zurückbringen.“ (Hallowell/Ratey 2010: 340)

Coaching ist dementsprechend als eine Hilfe zur Selbsthilfe zu verstehen, die den Klienten nicht in seiner Handlungsfähigkeit beschränkt, sondern vielmehr seine Eigenständigkeit bestätigen und bestärken soll.

Eine andere Art der Hilfe zur Selbsthilfe stellt die Selbsthilfegruppe dar.

### **Selbsthilfe**

Neben dem Coaching ist die Selbsthilfegruppe eine weiter geeignete Möglichkeit zu lernen, den eigenen Alltag besser zu organisieren. Gegenseitige Kontrolle unter den Gruppenmitgliedern durch Anrufe oder Besuche stellt dabei ein Hilfsmittel zur Umsetzung dar. (vgl. Krause/Krause 2009: 250)

Selbsthilfegruppen haben darüber hinaus noch eine andere, wichtigere Aufgabe. Sie dienen Betroffenen zum Austausch über die Erfahrungen mit der Krankheit, dem eigenen Leidensweg und zu den Behandlungsmöglichkeiten sowie den Austausch von Informationen und Erkenntnissen zum Krankheitsbild, also zur Aufklärung.

Das Gefühl, verstanden zu werden, wiegt innerhalb einer Selbsthilfegruppe mehr als das durch den Therapeuten. Sind es doch die Mitglieder der Selbsthilfegruppe, die ähnliches



durchgemacht haben und am besten nachvollziehen können, wie es dem Betroffenen geht. (vgl. Neuhaus 2009: 223)

Hallowell und Ratey (2010) berichten in ihrem Buch von eigenen Erfahrungen im Umgang mit einer Selbsthilfegruppe, die wohl am besten beschreiben, welcher Stellenwert einer solchen Gruppe Betroffener zukommt:

„Sie fingen an, ihre Geschichte zu erzählen. Einer nach dem anderen, nicht auf Aufforderung, sondern spontan, lustige Geschichten und schmerzliche Geschichten. Sie sahen einander an, nickten zustimmend und zeigten Verständnis, wenn von dem einen oder anderen Detail berichtet wurde, das ihnen bekannt war. Mit ihnen zusammen zu sein, die ihr ganzes Leben mit dem Gefühl verbracht hatten, ‚anders‘ zu sein, jetzt aber entdeckten, dass sie nicht die einzigen waren, denen es so erging. Sie lachten unter Tränen und betrachteten die Schmerzen der anderen mit dem Verständnis dessen, der sie am eigenen Leib erfahren hat, während sie über Missverständnisse, Frustrationen und verpasste Chancen, aber auch über Tipps und Ratschläge aus der Trickkiste der ADD-Veteranen sprachen.“ (Hallowell/Ratey 2010: 351)

Selbsthilfegruppen besitzen eine immense Bedeutung bei der Behandlung und Selbsthilfe von AD(H)S Betroffenen, wie das Zitat sehr treffend verdeutlicht. Eine ebenso bedeutsame, jedoch ganz andere Art von Hilfestellung bietet die Struktur für Betroffenen.

## **Struktur**

In Bezug auf die Behandlung der AD(H)S ist es wichtig, in diesem Zusammenhang auf die Bedeutung der Struktur im Leben eines jeden AD(H)S Betroffenen hinzuweisen.

Aus dem nachstehenden Zitat von Hallowell und Ratey (2010) geht, ohne dass es weiterer Erklärungen bedarf, sehr anschaulich und eindeutig hervor, was Struktur in der erfolgreichen Behandlung der AD(H)S notwendig macht:

„Denken Sie an ein Thermometer und an das Quecksilber, das es enthält. Wenn Sie schon einmal ein Thermometer zerbrochen haben, wissen Sie, was mit dem Quecksilber passiert. Der ADD-Geist ist wie verschüttetes Quecksilber, das Perlen bildend hierhin und dorthin läuft. Struktur ist das Gefäß, das vonnöten ist,

um das Quecksilber des ADD-Geistes einzuschließen, um es davor zu bewahren, gleichzeitig hier und dort und überall zu sein. Struktur ist das, was die Leistung des ADD-Geistes optimiert und verhindert, dass er sich zerstreut wie so viele winzige Quecksilberperlen auf dem Fußboden.“ (Hallowell/Ratey 2010: 333)

Um Struktur zu schaffen, sei es im Alltag, im Berufsleben oder im therapeutischen Setting, ist alles erwünscht, was dem Betroffenen Abhilfe schafft. Der Standard sind Notizblöcke, Terminkalender und Pinnwände. Darüber hinaus kann es sich als hilfreich erweisen, Notizen und Gedächtnisstützen mittels Farben und Unterstreichungen zu visualisieren. (vgl. Hallowell/Ratey 2010: 333f.)

Visuelle Strukturierung ist grundsätzlich eine sehr gute Möglichkeit für AD(H)S Betroffene, in das vorhandene Chaos eine Übersicht zu bringen. Hierbei soll auf das TEACCH-Konzept verwiesen werden, welches zur Förderung autistischer Menschen entwickelt wurde. Es wird bei „Lernschwierigkeiten in der Auffassungs- und Informationsverarbeitung“ (Jung/Wermann 2009: 14) genutzt und ist daher durchaus auch für AD(H)S Betroffene anwendbar. Ist es doch so, dass das alltägliche Leben als stetiger Lernprozess verstanden werden kann. Das TEACCH-Konzept setzt sich zusammen aus zwei Teilen. Die Visualisierung dient der Veranschaulichung von Situationen oder Aufgaben. Das Structured Teaching basiert auf der Strukturierung von Raum, Zeit, Arbeitsorganisation und Material. Beides dient als Orientierung der Wahrnehmung und Verarbeitung von Informationen. (vgl. Jung/Wermann 2009: 14f.)

Ein weiteres Konzept zur Strukturierung haben Aust-Claus, Claus und Hammer (2002) entwickelt, das so genannte OptiMind-Konzept. Es dient der Behandlung der AD(H)S und auch der Selbsthilfe Betroffener. Sie beschreiben die Methode und die empfohlene Vorgehensweise in ihrem Buch sehr ausführlich. Ziel dieser Methode ist es, seitens der Betroffenen eine positive Veränderung in den Bereichen der Kommunikation, der Selbstkontrolle und Selbststrukturierung, des Zeitmanagements sowie der Organisation und Handlungsplanung zu erreichen. (vgl. Aust-Claus/Claus/Hammer 2002: 164ff.)

## **Zusammenfassung**

Zum Schluss soll insbesondere noch einmal die Notwendigkeit sozialer Unterstützung bewusst gemacht werden.

Neben der medikamentösen sowie psychologischen Therapie, die beide für den optimalen Behandlungsverlauf und die Verbesserung der Lebensumstände des Betroffenen unerlässlich sind, ist es vor allem die soziale Unterstützung, die Betroffenen den Wiedererwerb der eigenen Handlungsfähigkeit und damit die Rückkehr in die Gesellschaft ermöglichen soll.

Welchen Stellenwert soziale Unterstützung im Sinne der Bewältigung und Kompensation hat, wurde bereits thematisiert.<sup>8</sup> So sind es vor allem soziale Kontakte und das Gefühl, akzeptiert zu werden, was hilft, sich selbst mit all seinen Eigenschaften und eben auch Defiziten anzunehmen. Diesen Zustand gilt es zu erreichen.

Dazu bedarf es einer Sozialen Arbeit, die sich neben der Begleitung und Unterstützung des AD(H)S Betroffenen auch dem „Klienten“ Gesellschaft, also dem sozialen Umfeld widmet. Aufklärung am Arbeitsplatz, innerhalb der Familie oder des Freundeskreise gehören ebenso wie Angehörigenarbeit zu den weiteren Aufgaben der Sozialen Arbeit. Angestrebt werden die Veränderung der gesellschaftlichen Sichtweise zur Krankheit und eine bestmögliche Akzeptanz der Betroffenen. Die Stigmatisierung von AD(H)S Betroffenen soll minimiert und individuelle Gegebenheiten für das Zurechtkommen in verschiedensten Situationen optimiert werden. Dazu braucht es eines Verständnisses von der Krankheit selbst und deren unmittelbaren Folgen auf das Verhalten Betroffener. Mittels Aufklärung sollte das Bewusstsein erzeugt werden, dass jeder Einzelne im sozialen Umfeld des Betroffenen als auch in der gesamten Gesellschaft einen Beitrag zur Verbesserung der gesellschaftlichen Bedingungen und somit auch zur Verbesserung der individuellen Alltagssituationen leisten kann. Akzeptanz und Toleranz bezüglich der Krankheit sind die Voraussetzungen dafür. Diese zu erzeugen ist ebenso Aufgabe der Sozialen Arbeit wie die Begleitung Betroffener und die Bestärkung derer zur Selbsthilfe.

---

<sup>8</sup> Vgl. Kapitel 3.1 – Bewältigung und Kompensation

## **Schluss**

Der Ausgangspunkt dieser Arbeit war die Annahme, die AD(H)S ist als Krankheit (vor allem im Erwachsenenalter) wenig anerkannt und entsteht ohne biologische Begründung, ausschließlich infolge mangelnder Anpassung an gesellschaftliche Bedingungen. Das Ziel dieser Arbeit war es, die Erscheinung und Auswirkung der Krankheit zu beleuchten und zu vermitteln, welche gesellschaftlichen Faktoren die Ausprägung der Krankheitssymptome in welchem Maße beeinflussen. Was ist nun Ergebnis dieser Arbeit?

AD(H)S ist keine Krankheit, die plötzlich entsteht und mittels einer guten Behandlung geheilt werden kann. AD(H)S ist vielmehr eine biologische Disposition, die in ihrer Erscheinung als Krankheit erst in der individualisierten Gesellschaft von heute einen solchen Leidensdruck bei den Betroffenen erzeugt. Als „Zivilisationskrankheit“ sollten nicht die Ursachen beim Betroffenen allein, sondern vor allem in den gesellschaftlichen Bedingungen und Gegebenheiten gefunden werden.

Darüber hinaus sollten wir als Gesellschaft, statt uns an den unangepassten Verhaltensweisen Betroffener zu reiben, die überaus positiven Seiten der AD(H)S betrachten und die besonderen „Stärken“ dieser Menschen wertschätzen sowie zu unsere aller, also dem gesellschaftlichen Vorteil nutzen.

# Anlagen

## Klassifikation der AD(H)S nach ICD-10

(Voss 2009a)

**G1. Kriterien der Unaufmerksamkeit** (mindestens sechs Monate lang müssen mindestens sechs der folgenden Symptome von Unaufmerksamkeit in einem mit dem Entwicklungsstand des Kindes nicht zu vereinbarenden und unangemessenen Ausmaß vorliegen)

Die Kinder

1. sind häufig unaufmerksam gegenüber Details oder machen Sorgfaltsfehler bei den Schularbeiten und sonstigen Arbeiten und Aktivitäten
2. sind häufig nicht in der Lage, die Aufmerksamkeit bei Aufgaben und beim Spielen aufrechtzuerhalten
3. hören häufig scheinbar nicht, was ihnen gesagt wird
4. können oft Erklärungen nicht folgen oder ihre Schularbeiten, Aufgaben oder Pflichten am Arbeitsplatz nicht erfüllen (nicht wegen oppositionellen Verhaltens oder weil die Erklärungen nicht verstanden werden)
5. sind häufig beeinträchtigt, Aufgaben und Aktivitäten zu organisieren
6. vermeiden häufig ungeliebte Arbeiten, wie Hausaufgaben, die geistiges Durchhaltevermögen erfordern
7. verlieren häufig Gegenstände, die für bestimmte Aufgaben wichtig sind, z.B. für Schularbeiten, Bleistifte, Bücher, Spielsachen und Werkzeuge
8. werden häufig von externen Stimuli abgelenkt
9. sind im Verlauf der alltäglichen Aktivitäten oft vergesslich.

**G2. Überaktivität** (mindestens sechs Monate lang müssen mindestens drei der folgenden Symptome von Überaktivität in einem mit dem Entwicklungsstand des Kindes nicht zu vereinbarenden und unangemessenen Ausmaß vorliegen)

Die Kinder

1. fuchteln häufig mit Händen und Füßen oder winden sich auf den Sitzen

2. verlassen ihren Platz im Klassenraum oder in anderen Situationen, in denen Sitzenbleiben erwartet wird
3. laufen häufig herum oder klettern exzessiv in Situationen, in denen dies unpassend ist
4. sind häufig unnötig laut beim Spielen oder haben Schwierigkeiten bei leisen Freizeitbeschäftigungen
5. zeigen ein anhaltendes Muster exzessiver motorischer Aktivitäten, die durch den sozialen Kontext oder Verbote nicht durchgreifend beeinflussbar sind.

**G3. Impulsivität** (mindestens sechs Monate lang muss mindestens eins der folgenden Symptome von Überaktivität in einem mit dem Entwicklungsstand des Kindes nicht zu vereinbarenden und unangemessenen Ausmaß vorliegen)

Die Kinder

1. platzen häufig mit der Antwort heraus, bevor die Frage beendet ist
2. können häufig nicht in einer Reihe warten oder warten, bis sie bei Spielen oder in Gruppensituationen an die Reihe kommen
3. unterbrechen und stören andere häufig (z. B. mischen sie sich ins Gespräch oder Spiel anderer ein)
4. reden häufig exzessiv ohne angemessen auf soziale Beschränkungen zu reagieren.

**G4.** Beginn der Störung vor dem siebten Lebensjahr

**G5. Symptomausprägung** - Kriterien müssen in mehr als einer Situation erfüllt sein, z. B. sollte die Kombination von Unaufmerksamkeit und Überaktivität sowohl zu Hause als auch in der Schule bestehen oder in der Schule und an einem anderen Ort, wo die Kinder beobachtet werden können, z. B. in der Klinik. (Der Nachweis situationsübergreifender Symptome erfordert normalerweise Informationen aus mehr als einer Quelle. Elternberichte über das Verhalten im Klassenraum sind meist unzureichend.)

**G6:** Die Symptome von G1 bis G3 verursachen deutliches Leiden oder Beeinträchtigung der sozialen, schulischen oder beruflichen Funktionsfähigkeit.

**G7:** Die Störung erfüllt nicht die Kriterien für eine tiefgreifende Entwicklungsstörung (F84.-), eine manische Episode (F30.-), eine depressive Episode (F32.-) oder eine Angststörung (F41.-).

Die Symptome treten vor dem 7. Lebensjahr auf, bestehen länger als 6 Monate und kommen in mehreren Situationen vor. Zusätzliche Voraussetzung für eine Klassifikation als Störung ist erkennbares Leiden oder eine Beeinträchtigung der sozialen, schulischen oder beruflichen Funktionsfähigkeit.

## **Klassifikation der AD(H)S nach DSM IV**

(Voss 2009b)

**A.1 Kriterien der Unaufmerksamkeit** (sechs oder mehr der neun Kriterien müssen erfüllt sowie während der letzten sechs Monate beständig in einem mit dem Entwicklungsstand des Kindes nicht zu vereinbarenden und unangemessenen Ausmaß vorhanden gewesen sein)

- a. beachtet häufig Einzelheiten nicht oder macht Flüchtigkeitsfehler bei den Schularbeiten, bei der Arbeit oder bei anderen Tätigkeiten
- b. hat oft Schwierigkeiten, längere Zeit die Aufmerksamkeit bei Aufgaben oder beim Spielen aufrechtzuerhalten
- c. scheint häufig nicht zuzuhören, wenn andere ihn/sie ansprechen
- d. führt häufig Anweisungen anderer nicht vollständig durch und kann Schularbeiten, andere Arbeiten oder Pflichten am Arbeitsplatz nicht zu Ende bringen (nicht aufgrund oppositionellen Verhaltens oder von Verständnisschwierigkeiten)
- e. hat häufig Schwierigkeiten, Aufgaben und Aktivitäten zu organisieren
- f. vermeidet häufig, hat eine Abneigung gegen oder beschäftigt sich häufig nur widerwillig mit Aufgaben, die länger andauernde geistige Anstrengungen erfordern wie Mitarbeit im Unterricht oder Hausaufgaben
- g. verliert häufig Gegenstände, die er/sie für Aufgaben oder Aktivitäten benötigt (z. B. Spielsachen, Hausaufgabenhefte, Stifte, Bücher oder Werkzeug)
- h. lässt sich öfter durch äußere Reize leicht ablenken
- i. ist bei Alltagstätigkeiten häufig vergesslich.

**A.2 Kriterien der Hyperaktivität und Impulsivität** (sechs oder mehr der neun Kriterien müssen erfüllt sowie während der letzten sechs Monate beständig in einem mit dem Entwicklungsstand des Kindes nicht zu vereinbarenden und unangemessenen Ausmaß vorhanden gewesen sein)

- a. zappelt häufig mit Händen oder Füßen oder rutscht auf dem Stuhl herum
- b. steht in der Klasse und anderen Situationen, in denen Sitzen bleiben erwartet wird, häufig auf
- c. läuft häufig herum oder klettert exzessiv in Situationen, in denen dies unpassend ist (bei Jugendlichen oder Erwachsenen kann dies auf ein subjektives Unruhegefühl beschränkt bleiben)
- d. hat häufig Schwierigkeiten, ruhig zu spielen oder sich mit Freizeitaktivitäten ruhig zu beschäftigen
- e. ist häufig “auf Achse” oder handelt oftmals, als wäre er/sie “getrieben”
- f. redet häufig übermäßig viel (in ICD-10 als Impulsivitätsmerkmal gewertet).
- g. platzt häufig mit den Antworten heraus, bevor die Frage zu Ende gestellt ist
- h. kann nur schwer warten, bis er/sie an der Reihe ist
- i. unterbricht und stört andere häufig (platzt z. B. in Gespräche oder Spiele anderer hinein).

**B.** Einige Symptome der Hyperaktivität, Impulsivität oder Unaufmerksamkeit, die Beeinträchtigungen verursachen, treten bereits vor dem Alter von sieben Jahren auf.

**C.** Beeinträchtigungen durch diese Symptome zeigen sich in zwei oder mehr Bereichen (z. B. in der Schule bzw. am Arbeitsplatz oder zu Hause).

**D.** Es müssen deutliche Hinweise auf klinisch bedeutsame Beeinträchtigungen der sozialen, schulischen oder beruflichen Funktionsfähigkeit vorhanden sein.

**E.** Die Symptome treten nicht ausschließlich im Verlauf einer tiefgreifenden Entwicklungsstörung, Schizophrenie oder einer anderen psychotischen Störung auf und können auch nicht durch eine andere psychische Störung besser erklärt werden (z. B. affektive Störung, Angststörung, dissoziative Störung oder eine Persönlichkeitsstörung).



Ein Mischtypus liegt vor, wenn die Kriterien der Punkte A1 und A2 während der letzten 6 Monate erfüllt waren (314.01), ein vorwiegend unaufmerksamer Typus, wenn das Kriterium A1, nicht aber A2 erfüllt waren (314.00) und ein vorwiegend hyperaktiv-impulsiver Typus, wenn Kriterium A2, nicht aber A1 erfüllt ist (314.01).

## **Diagnosekriterien für Erwachsene nach Krause und Krause**

(Krause/Krause 2009: 48ff.)

### **I. Kriterien der Unaufmerksamkeit / des Aufmerksamkeitsdefizits**

1. mangelhafte Konzentration beim lesen oder hören von Aufgabenanweisungen
2. Gleichrangigkeit wichtiger und unwichtiger Dinger, subjektiv empfundene Langeweile bei der Ausführung von regelmäßigen und Routineaufgaben
3. Gedankenkreiseln sowie übermäßige Beschäftigung mit scheinbar negativen Vorkommnissen und dadurch mangelnde Reaktion auf die Umgebung
4. unvollständige Aufgabenerfassung und damit verbunden Gefühl der Überforderung, dadurch schneller Wechsel zu anderen Aufgaben
5. Schwierigkeit in der Organisation und Überblickung von Aufgaben
6. mangelnde Fähigkeit zur Strukturierung und Stimmungslabilität führt zu verminderter Aufgabenerfüllung und dadurch zur Selbstentwertung
7. Unfähigkeit, eigene Handlungen zu erinnern, starke Offenheit gegenüber Reizen und damit verbunden das Gefühl der Unberechenbarkeit in Situationen
8. Reizoffenheit führt zu starker nicht kontrollierbarer Ablenkbarkeit
9. Gefühl, an Gedächtnisstörungen zu leiden aufgrund der enormen Unkonzentriertheit

### **II. Kriterien Impulsivität und Hyperaktivität**

1. Wippen mit Füßen und Beinen, Fingertrommeln, Nägelkauen
2. enorme innere Anspannung in Situationen, in denen körperlicher Ruhe erforderlich ist (Kino, Langstreckenflug)
3. Berufe, die Bewegung und Ablenkung bieten
4. Ausübung extremer Sportarten, in denen sich die Konzentration verbessert

5. starke innere Unruhe wird zu kompensieren versucht mittels Hektik und der Überlastung mit Arbeit
6. Vermeidung von Smalltalk, schnelle und undeutliche Sprechweise, andere kaum zu Wort kommen lassen
7. unzählige Ideen, die sofort und im Überschwang ausgedrückt werden müssen, bevor der Gedanke vergessen wird
8. Mangelnde Toleranz der Langsamkeit anderer gegenüber aufgrund innere Unruhe, aggressives Verhalten vor allem im Stau und beim Schlangestehen
9. Aufgabenerledigung in Eile ohne das andere zum Zuge kommen können

### **Utah-Kriterien nach Paul Wender**

(vgl. Hallowell/Ratey 2010: 125)

Folgende Kriterien müssen entsprechend erfüllt sein, um die Diagnose AD(H)S zu stellen.

- I. Auftreten der AD(H)S mit sowohl Aufmerksamkeitsdefiziten als auch und motorischer Unruhe seit der Kindheit verbunden mit mindestens einem der folgenden Symptome: auffälliges Verhalten in der Schule, Impulsivität und leichte Reizbarkeit
- II. Auftreten der AD(H)S mit Aufmerksamkeitsdefiziten und motorischer Unruhe verbunden mit mindestens zwei der folgenden Symptome: Affektlabilität, Stressintoleranz, Impulsivität, mangelnde Affektkontrolle und Desorganisation

### **Diagnosekriterien nach Hallowell und Ratey**

(Hallowell/Ratey 2010: 119ff.)

Wichtig: Ein Kriterium ist nur dann als erfüllt zu betrachten, wenn das Verhalten erheblich häufiger auftritt als bei der Mehrzahl der Menschen gleichen Intelligenzalters.

A. Eine chronische Störung, bei der mindestens fünfzehn der folgenden Symptome vorliegen:

1. Ein Gefühl von Leistungsschwäche, nicht die Ziele erreicht zu haben, die man sich gesteckt hat (ungeachtet dessen, wie viel man geleistet hat).
2. Schwierigkeiten mit der Organisation des alltäglichen Lebens.
3. Chronisches Auf-die-lange-Bank-Schieben der Dinge beziehungsweise Mühe, eine Sache anzufangen.
4. Es sind viele Projekte gleichzeitig am Laufen; Schwierigkeiten, eine Sache durchzuziehen.
5. Eine Neigung zu sagen, was einem gerade in den Sinn kommt, ohne die nötige Überlegung, ob es der richtige Zeitpunkt oder die passende Gelegenheit für die Bemerkung ist.
6. Häufige Jagd nach hochgradiger Stimulierung.
7. Mangelnde Toleranz gegenüber Langeweile.
8. Leichte Ablenkbarkeit, Probleme, die Aufmerksamkeit zu fokussieren, eine Neigung, mitten auf einer Seite oder in einem Gespräch abzuschalten oder in Gedanken abzuschweifen, nicht selten verbunden mit einer Fähigkeit, auch zu hyperfokussieren.
9. Häufig kreativ, intuitiv, hochintelligent.
10. Probleme, sich an Verfahrensregeln oder an ein Procedere zu halten.
11. Ungeduld; geringe Toleranz gegenüber Frustrationen.
12. Impulsiv, beim Reden ebenso wie beim Handeln, zum Beispiel beim impulsiven Geld ausgeben, Ändern von Plänen, Propagieren neuer Programme oder Karrierepläne und dergleichen mehr.
13. Eine Neigung, sich unaufhörlich unnötige Sorgen zu machen; ein Hang, geradezu Ausschau zu halten nach etwas, worüber man sich Sorgen machen kann, während dann wieder die wirklichen Gefahren nicht beachtet oder übersehen werden.
14. Unsicherheitsgefühl.
15. Stimmungsschwankungen, Stimmungs labilität, vor allem nach der Trennung von einem Menschen oder nach Beendigung eines Projekts.
16. Motorischen beziehungsweise innere Unruhe.
17. Tendenz zu Suchtverhalten.
18. Probleme mit dem Selbstwertgefühl.

19. Unzutreffende Selbstbeurteilung.

20. Familiär gehäuftes Auftreten von ADD, manisch-depressiver Erkrankung, Depressionen, Suchtverhalten, Probleme mit der Impulskontrolle oder mit Stimmungen.

**B.** Auftreten der ADD in der Kindheit. (Sie ist vielleicht nicht förmlich diagnostiziert worden, die einstigen Anzeichen und Symptome müssten jedoch bei der Anamnese identifizierbar sein.)

**C.** Die Situation lässt sich nicht mit einer anderen organischen oder psychiatrischen Krankheit erklären.

## Literaturverzeichnis

Abel, Thomas/Kolip, Petra/Wydler, Hans (2006): Salutogenese und Kohärenzgefühl. Grundlagen, Empirie und Praxis eines gesundheitswissenschaftlichen Konzepts. 3. Auflage. Weinheim und München: Juventa Verlag.

Abels, Heinz (2007): Einführung in die Soziologie. Band 1: Der Blick auf die Gesellschaft. 3. Auflage. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.

Beck, Ulrich (1986): Risikogesellschaft. Auf dem Weg in eine andere Moderne. Frankfurt a.M.: Suhrkamp Verlag.

Beck, Ulrich/Beck-Gernsheim, Elisabeth (1994): Individualisierung in modernen Gesellschaften. Perspektiven und Kontroversen einer subjektorientierten Soziologie. – In: Beck, Ulrich/Beck-Gernsheim, Elisabeth: Riskante Freiheiten. Individualisierung in modernen Gesellschaften. Frankfurt a.M.: Suhrkamp Verlag. S. 10-39.

Beerwerth, Christine/Beerwerth, Walter (2008): Stellenwert des Coaching bei ADHS. Online veröffentlicht unter [www.adhs-coaching-deutschland.de/index.php/stellenwert.html](http://www.adhs-coaching-deutschland.de/index.php/stellenwert.html). Abgerufen am 17.01.2011 um 12.41 Uhr.

Beerwerth, Walter (2006): ADS – das kreative Chaos. Freiburg: Verlag Kreuz GmbH.

Beerwerth, Walter/Kappenberg, S./Papen, J. v./Puls, W. (2010): ADS-Impro. Pilot-Studie zur Wirksamkeit des Improvisationstheaters bei Erwachsenen mit AD(H)S. Online veröffentlicht unter [www.adhs-coaching-deutschland.de/index.php/studie-ads-impro.html](http://www.adhs-coaching-deutschland.de/index.php/studie-ads-impro.html). Abgerufen am 18.01.2011 um 8.39 Uhr.

Aust-Claus, Elisabeth/Claus, Dieter/Hammer, Petra-Marina (2002): A-D-S Das Erwachsenenbuch. Aufmerksamkeits-Defizit-Syndrom. Neue Konzentrations- und Organisations-Hilfen für Ihr Berufs- und Privatleben. Ratingen: Oberstebrink Verlag GmbH.

Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information (2010): ICD-10-GM Version 2010. Online veröffentlicht unter [www.dimdi.de/static/de/klasi/diagnosen/icd10/htmlgm2010/block-f90-f98.htm](http://www.dimdi.de/static/de/klasi/diagnosen/icd10/htmlgm2010/block-f90-f98.htm).

Abgerufen am 10.12.2010 um 12.53 Uhr.

Freud, Sigmund 1986 (1917): Vorlesungen zur Einführung in die Psychoanalyse. Gesammelte Werke, Band XI. 8. Auflage. Frankfurt a.M.: S. Fischer Verlag.

Freud, Sigmund 1990 (1904): Zur Psychopathologie des Alltagslebens. Gesammelte Werke, Band IV. 9. Auflage. Frankfurt a.M.: S. Fischer Verlag.

Galuske, Michael (1998): Methoden der Sozialen Arbeit. Eine Einführung. Weinheim und München: Juventa Verlag.

Goethe, Johann Wolfgang 2009 (1808): Faust. Eine Tragödie (Faust I). Frankfurt a.M.: Suhrkamp Verlag.

Hallowell, Edward M./Ratey, John (2010): Zwanghaft zerstreut. Oder die Unfähigkeit, aufmerksam zu sein. 13. Auflage. Reinbek bei Hamburg: Rowohlt Taschenbuch Verlag.

Heim, Edgar/Willi, Jürg (1986a): Psychosoziale Medizin. Gesundheit und Krankheit in bio-pycho-sozialer Sicht. 1 Grundlagen. Berlin und Heidelberg: Springer-Verlag.

Heim, Edgar/Willi, Jürg (1986b): Psychosoziale Medizin. Gesundheit und Krankheit in bio-pycho-sozialer Sicht. 2 Klinik und Praxis. Berlin und Heidelberg: Springer-Verlag.

Hurrelmann, Klaus (2000): Gesundheitssoziologie. Eine Einführung in sozialwissenschaftliche Theorien von Krankheitsprävention und Gesundheitsförderung. 4. Auflage. Weinheim und München: Juventa Verlag.

Institut für Medizinische Diagnostik (2010): Katecholamine –Tumore und Hypertonie. Online veröffentlicht unter [www.imd-berlin.de/index.php?id=455](http://www.imd-berlin.de/index.php?id=455). Abgerufen am 13.12.2010 um 20.21 Uhr.

Jung, Sarah/Wermann, Ivonne (2009): Ein Leben lang Sondereinrichtungen? Modelle zur Integration für Menschen mit Behinderungen im Übergang von der Schule in das Arbeitsleben - Sonderrolle des Autismus als Beispiel für Schwierigkeiten der Integration bei bestehender Lernbehinderung. S. 29. Roßwein, Hochschule Mittweida/Roßwein (FH), Fakultät Soziale Arbeit.

Krause, Johanna/Krause, Klaus-Henning (2009): ADHS im Erwachsenenalter. Die Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung bei Erwachsenen. 3. Auflage. Stuttgart: Verlag Schattauer GmbH.

Lahusen, Christian/Stark, Carsten (2000): Modernisierung. Einführung in die Lektüre klassisch-soziologischer Texte. München: Oldenbourg Wissenschaftsverlag GmbH.

Lindenberger, Ulman (2002): Erwachsenenalter und Alter. - In: Montada, Leo/ Oerter, Rolf: Entwicklungspsychologie. 5. Auflage. Weinheim, Basel und Berlin: Beltz Verlage. S. 350-391.

Lukasch, Peter (2008): Kinder- und Jugendliteratur in Österreich zwischen 1900 und 1960. Online veröffentlicht unter [members.aon.at/zeitlupe/struwwelpeter.html](http://members.aon.at/zeitlupe/struwwelpeter.html). Abgerufen am 11.12.2010 um 14.45 Uhr.

Meckel, Miriam (2009): Das Glück der Unerreichbarkeit. Wege aus der Kommunikationsfalle. 2. Auflage. München: Wilhelm Goldmann Verlag.

Müller, Michael (2011): Stress - Grundlagen, Auslöser und Bewältigungsmöglichkeiten. Online veröffentlicht unter [www.oddblog.de/stress/seite-18.html](http://www.oddblog.de/stress/seite-18.html). Abgerufen am 06.01.2011 um 13.09 Uhr.

Neuhaus, Cordula (2009): Lass mich, doch verlass mich nicht. ADHS und Partnerschaft. 6. Auflage. München: Deutscher Taschenbuch VERLAG GmbH & Co. KG.

Pongs, Armin (2004): In welcher Gesellschaft leben wir eigentlich? Individuum und Gesellschaft in Zeiten der Globalisierung. 2. Auflage. München: Dilemma-Verlag.

Rudolph; Matthias (2010): AD(H)S im Erwachsenenalter. Einbildung oder reale Erkrankung? Online veröffentlicht unter [www.tokol.de/forum/index.php?topic=16951.0](http://www.tokol.de/forum/index.php?topic=16951.0). Abgerufen am 07.01.2011 um 10.17 Uhr.

Schiffer, Eckhard (2001): Wie Gesundheit entsteht. Salutogenese: Schatzsuche statt Fehlerfahndung. Weinheim und Basel: Beltz Verlag.

Seidler, Eduard (2004): „Zappelphilipp“ und ADHS. Von der Unart zur Krankheit. Online veröffentlicht unter [www.aerzteblatt.de/v4/archiv/artikel.asp?id=40288](http://www.aerzteblatt.de/v4/archiv/artikel.asp?id=40288). Abgerufen am 11.12.2010 um 13.03 Uhr.

Seiffge-Krenke, Inge (2002): Gesundheit als aktiver Gestaltungsprozess im menschlichen Lebenslauf. - In: Montada, Leo/ Oerter, Rolf: Entwicklungspsychologie. 5. Auflage. Weinheim, Basel und Berlin: Beltz Verlage. S. 833-846.

Simmel, Georg 1983 (1908): Soziologie. Untersuchungen über die Formen der Vergesellschaftung. Gesammelte Werke, Band II. 6. Auflage. Berlin: Duncker & Humblot.

St. Louis Psychologists and Counseling Information and Referral (2010): DSM-IV Diagnoses and Codes Beginning With "A": In Alphabetical Order. Online veröffentlicht unter [www.psychtreatment.com/dsmIV\\_codes\\_A.htm](http://www.psychtreatment.com/dsmIV_codes_A.htm). Abgerufen am 10.12.2010 um 12.57 Uhr.

Stascheit, Ulrich (2006): Gesetze für Sozialberufe. Die Gesetzessammlung für Studium und Praxis. 13. Auflage. Frankfurt a.M.: Fachhochschulverlag.

Weber, Max 1980 (1921): Wirtschaft und Gesellschaft. Grundriss der verstehenden Soziologie. 5. Auflage. Tübingen: J. C. B. Mohr.

Voos, Dunja (2009a): ADHS-Diagnosekriterien nach ICD-10. Online veröffentlicht unter [www.medizin-im-text.de/blog/971/diagnosekriterien-der-adhs-nach-icd-10/](http://www.medizin-im-text.de/blog/971/diagnosekriterien-der-adhs-nach-icd-10/). Abgerufen am 19.01.2011 um 20.03 Uhr.



Voos, Dunja (2009b): ADHS-Diagnosekriterien nach DSM IV. Online veröffentlicht unter [www.medizin-im-text.de/blog/1007/adhs-diagnosekriterien-nach-dsm-iv/](http://www.medizin-im-text.de/blog/1007/adhs-diagnosekriterien-nach-dsm-iv/). Abgerufen am 19.01.2011 um 20.11 Uhr.

## **Erklärung zur selbständigen Anfertigung**

Ich erkläre, dass ich die vorliegende Arbeit selbständig und nur unter Verwendung der angegebenen Literatur und Hilfsmittel angefertigt habe.

Leipzig, 25.01.2011